

# DECLARACIÓN Y CUESTIONARIO DE SALUD PARA PESCA SUBMARINA

Modelo Normalizado conforme al Anexo I del Real Decreto 550/2020 · Trámite PE405A Galicia (FEGAS / Xunta)

ANEXO I RD 550/2020  
PESCASUB CLASE C

## 1. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

|                                |                       |                                                   |
|--------------------------------|-----------------------|---------------------------------------------------|
| APELLIDOS Y NOMBRE             | DNI / NIE / PASAPORTE | FECHA DE NACIMIENTO / EDAD                        |
| DIRECCIÓN COMPLETA Y LOCALIDAD | TELÉFONO DE CONTACTO  | CLUB FEDERADO / FEDERACIÓN FEGAS / Marlinsubnorte |

## 2. CUESTIONARIO DE SALUD INICIAL (APLICABLE A CUALQUIER EDAD)

| #   | PREGUNTA DE EVALUACIÓN MÉDICA INICIAL                                                                                | SÍ                       | NO                       | ACCIÓN REQUERIDA    |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------|
| 1   | ¿Ha tenido alguna vez problemas pulmonares, asma, dificultad para respirar o dolor en el pecho durante el ejercicio? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ir al Cuadro A      |
| 2   | ¿Tiene más de 45 años? (Cumplir >45 años solo obliga a completar el Cuadro B)                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Completar Cuadro B  |
| 3*  | ¿Padece problemas de corazón, antecedentes de infarto, arritmias, cirugía cardíaca o hipertensión no controlada?     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Evaluación Médica * |
| 4   | ¿Ha padecido sinusitis, problemas en los oídos, perforación timpánica, tímpanos operados o pérdida de audición?      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ir al Cuadro C      |
| 5*  | ¿Ha sufrido alguna vez pérdida de conocimiento, síncope en apnea, mareos recurrentes, epilepsia o convulsiones?      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Evaluación Médica * |
| 6   | ¿Tiene problemas de espalda, hernias discales, lesiones en huesos o articulaciones que limiten la actividad física?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ir al Cuadro D      |
| 7   | ¿Padece problemas digestivos, reflujo gastroesofágico severo, úlceras o se ha sometido a cirugía abdominal reciente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ir al Cuadro E      |
| 8   | ¿Padece problemas psicológicos, ansiedad, depresión, ataques de pánico o claustrofobia?                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ir al Cuadro F      |
| 9   | ¿Padece diabetes, trastornos de tiroides o enfermedades metabólicas que requieran tratamiento continuo?              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ir al Cuadro G      |
| 10* | ¿Está tomando alguna medicación prescrita continuada (excepto anticonceptivos o antipalúdicos preventivos)?          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Evaluación Médica * |

**Instrucción médica del RD 550/2020:** Si responde **NO** a todas las 10 preguntas, NO se requiere certificado médico oficial. Si responde **SÍ** a la pregunta 2 (>45 años), solo debe completar el **Cuadro B**. Si las respuestas del Cuadro B son todas negativas y no hay asteriscos afirmativos, la edad por sí sola **NO obliga a presentar certificado médico**.

### CUADRO B: EVALUACIÓN ESPECÍFICA PARA MAYORES DE 45 AÑOS (PREGUNTA 2)

|                                                                                                          |                             |                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. ¿Fuma actualmente tabaco o utiliza cigarrillos electrónicos / nicotina de forma habitual?             | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| 2. ¿Tiene niveles de colesterol o triglicéridos elevados en sangre diagnosticados médicamente?           | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| 3. ¿Padece hipertensión arterial diagnosticada o toma medicación para la presión?                        | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| 4. ¿Tiene antecedentes familiares directos de muerte súbita, infarto o cardiopatía antes de los 50 años? | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |

3. DECLARACIÓN RESPONSABLE DE LA PERSONA SOLICITANTE

Declaro bajo mi responsabilidad que la información facilitada en este cuestionario de salud es verídica, exacta y completa. Comprendo que la práctica de la pesca submarina a pulmón libre (apnea) requiere encontrarse en óptimas condiciones psicofísicas y que la omisión de cualquier patología previa puede poner en grave riesgo mi salud y seguridad en el agua. Me comprometo a no practicar pesca submarina en caso de sobrevenir cualquier alteración física, enfermedad aguda, fatiga o consumo de sustancias incompatibles.

LUGAR Y FECHA

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_

FIRMA DEL SOLICITANTE (O PADRE/MADRE/TUTOR SI ES MENOR DE 18 AÑOS)

Firma digital o manuscrita

4. CERTIFICACIÓN FACULTATIVA (A CUMPLIMENTAR POR MÉDICO COLEGIADO SOLO SI PROCEDE)

*Nota para el Médico:* Rellenar exclusivamente si el solicitante respondió afirmativamente a alguna pregunta marcada con asterisco (\*), si presentó respuestas positivas en los cuadros de seguimiento, o si la autoridad administrativa le requirió informe facultativo.

NOMBRE DEL FACULTATIVO Y ESPECIALIDAD

Nº DE COLEGIADO/A

CENTRO MÉDICO / CLÍNICA

Tras el examen físico y la revisión del historial clínico y el cuestionario Anexo I del RD 550/2020, emito la siguiente valoración:

☐ APTO / APTA para la práctica de Pesca Submarina en Apnea ☐ NO APTO / NO APTA

OBSERVACIONES O LIMITACIONES TEMPORALES (SI PROCEDE)

FECHA DE LA EXPLORACIÓN

A \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_

FIRMA Y SELLO OFICIAL DEL FACULTATIVO

Sello con Nº de Colegiado