

Declaración de Riesgos y Responsabilidad/ Divulgación Ajena a la Agencia

Por favor, lea detenidamente este documento y rellene los espacios en blanco antes de firmarlo

Divulgación Ajena a la Agencia y Acuerdo de Reconocimiento

Comprendo y acepto que los Miembros PADI ("Miembros"), incluyendo Liamis Dive Centre y/o cualquier persona física PADI Instructors y Divemasters asociados al programa en el cual estoy participando están autorizados a utilizar las diversas Marcas Registradas de PADI y dirigir el entrenamiento PADI, sin embargo no son agentes, empleados o franquiciados de PADI EMEA Ltd., PADI Americas, Inc., o sus subsidiarios o corporaciones afiliadas a ("PADI"). Asimismo comprendo que las actividades comerciales de los Miembros son independientes, y no son propietarios ni están dirigidos por PADI, y que aunque PADI establece los estándares de los programas de buceo PADI, no es responsable de, ni tiene el derecho de controlar las operaciones de las actividades comerciales de los Miembros y la gestión diaria de los programas PADI y la supervisión de los buceadores por parte de los Miembros y de su personal asociado.

Declaración de Riesgos y Responsabilidad

Esta es una declaración por la que se le informa de los riesgos del buceo en apnea. La presente declaración también establece las circunstancias en las que Ud. participa en el programa de buceo bajo su propio riesgo. Su firma en la presente declaración es obligatoria como prueba de que la ha recibido y leído. Es importante que lea el contenido de esta declaración antes de firmarla. Si no entendiera alguna parte de la misma, por favor, coménteselo a su instructor. Si fuera menor de edad, este formulario también lo debe firmar uno de sus padres o tutores.

Advertencia

El buceo en apnea comportan riesgos inherentes que pueden dar lugar a lesiones graves o producir la muerte. El buceo en apnea es actividad físicamente exigentes tal y como Ud. experimentará durante este programa de buceo. Tiene la obligación de informar de su historial médico, de forma veraz y completa, a los profesionales de buceo y a las instalaciones donde tenga lugar este programa.

Aceptación del Riesgo

Comprendo y acepto que, ni los profesionales de buceo que dirigen este programa, ni las instalaciones por medio de las cuales se dirige este programa, Liamis Dive Centre, ni PADI EMEA Ltd., ni PADI Americas, Inc., ni sus afiliados o corporaciones subsidiarias, ni cualquiera de sus respectivos empleados, administrativos, agentes o cesionarios aceptan responsabilidad alguna por fallecimiento, lesión u otros daños/ pérdidas que yo sufra en la medida que resulte de mi propia conducta o de cualquier cosa o situación bajo mi control que implique mi propia negligencia.

En ausencia de cualquier negligencia u otro incumplimiento de las obligaciones por parte de los profesionales de buceo que dirigen este programa, las instalaciones a través de las que se dirige este programa, Liamis Dive Centre, PADI EMEA Ltd., PADI Americas, Inc., y todas las partes implicadas referidas anteriormente, entiendo que mi participación en este programa de buceo queda enteramente bajo mi propio riesgo y responsabilidad.

ACEPTO DE RECEPCIÓN DE ESTA DIVULGACIÓN AJENA A LA AGENCIA Y ACUERDO DE RECONOCIMIENTO Y DECLARACIÓN DE RIESGOS Y RESPONSABILIDAD Y MANIFIESTO QUE HE LEÍDO TODOS LOS TÉRMINOS ANTES DE FIRMAR DICHAS DECLARACIONES.

Nombre del participante (por favor, en mayúsculas)

Firma del Participante

Fecha (Día/Mes/Año)

Firma del padre/tutor (lo que proceda)

Fecha (Día/Mes/Año)

Cuestionario médico

Al participante:

Responda por favor a las siguientes preguntas sobre su historia médica pasada y presente con un **SÍ** o **NO**. Si no está seguro, responda **SÍ**.

- ¿Está tomando actualmente cualquier tipo de medicamento que requiera receta? (excepto anticonceptivos o medicamentos contra la malaria) _____
- ¿Tienes tus medicamentos en el barco? _____

¿Ha padecido en alguna ocasión o padece en este momento...

- epilepsia, ataques, convulsiones o ha tomado medicación para evitarlas? _____
- historia de desmayos o desvanecimientos (pérdida total o parcial de la consciencia)? _____
- mareos frecuentes o graves asociados al transporte en coche o barco? _____
- enfermedad cardiovascular, ataques cardíacos, angina de pecho o cirugía cardíaca o cardiovascular? _____
- Tienes alguna Alergia? _____ Si tienes alguna a que eres alergico? _____

Sabes como nadar?

SI

NO

La información que he facilitado sobre mi historia médica es exacta a mi mejor entender. Estoy de acuerdo en aceptar la responsabilidad por las omisiones relativas a un fallo al reconocer cualquier condición actual o pasada relacionada con mi salud.

Por favor, escriba con claridad.

Nombre _____

Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Género: Masculino Femenino
Día/Mes/Año

Dirección _____

Ciudad/Provincia _____ País _____ Código postal _____

E-mail _____

HOTEL _____ Room no: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre _____ Parentesco _____ Teléfono (_____) _____