MEDICAL   STATEMENT

**UK Trip Participant  Record  (Confidential  Information)**

Please  read  carefully  before  signing.

This  is  a  statement  in  which  you  are  informed  of  some  potential  risks

**New  Horizons  Dive  Centre**

involved  in  scuba  diving  and  of  the  conduct  required  of  you  whilst

scuba  diving.  Your  signature  on  this  statement  is  required  for

you  to  participate  in  the  trip

by\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_and

**Professional  Staff  of  NHDC**

Instructor

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_located  in  the

Facility

city  of\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Macclesﬁeld** state/province  of**Cheshire**

Read  this  statement  prior  to  signing  it.  You  must  complete  this

Medical  Statement,  which  includes  the  medical  questionnaire  section,  to

Participate in this trip.  If  you  are  a  minor,  you  must  have

this  Statement  signed  by  a  parent  or  guardian.

Diving  is  an  exciting  and  demanding  activity.  When  performed

correctly,  applying  correct  techniques,  it  is  relatively  safe.

Divers   Medical   Questionnaire

**To  the  Participant:**

The  purpose  of  this  Medical  Questionnaire  is  to  find  out  if  you  should  be  exam-

ined  by  your  doctor  before  participating  in  recreational  diving. A positive

response  to  a  question  does  not  necessarily  disqualify  you  from  diving. A positive

response  means  that  there  is  a  preexisting  condition  that  may  affect  your  safety

while  diving  and  you  must  seek  the  advice  of  your  physician  prior  to  engaging  in

dive  activities.

\_\_\_\_\_  Could  you  be  pregnant,  or  are  you  attempting  to  become  pregnant?

\_\_\_\_\_  Are  you  presently  taking  prescription  medications?  (with  the  exception  of

birth  control  or  anti-malarial)

\_\_\_\_\_  Are  you  over  45  years  of  age  and  can  answer  YES  to  one  or  more  of  the

following?

•  currently  smoke  a  pipe,  cigars  or  cigarettes

•  have  a  high  cholesterol  level

•  have  a  family  history  of  heart  attack  or  stroke

•  are  currently  receiving  medical  care

•  high  blood  pressure

•  diabetes  mellitus,  even  if  controlled  by  diet  alone

Have  you  ever  had  or  do  you  currently  have…

\_\_\_\_\_  Asthma,  or  wheezing  with  breathing,  or  wheezing  with  exercise?

\_\_\_\_\_  Frequent  or  severe  attacks  of  hayfever  or  allergy?

\_\_\_\_\_  Frequent  colds,  sinusitis  or  bronchitis?

\_\_\_\_\_  Any  form  of  lung  disease?

\_\_\_\_\_  Pneumothorax  (collapsed  lung)?

\_\_\_\_\_  Other  chest  disease  or  chest  surgery?

\_\_\_\_\_  Behavioral  health,  mental  or  psychological  problems  (Panic  attack,  fear  of

closed  or  open  spaces)?

\_\_\_\_\_  Epilepsy,  seizures,  convulsions  or  take  medications  to  prevent  them?

\_\_\_\_\_  Recurring  complicated  migraine  headaches  or  take  medications  to  pre-

vent  them?

\_\_\_\_\_  Blackouts  or  fainting  (full/partial  loss  of  consciousness)?

\_\_\_\_\_  Frequent  or  severe  suffering  from  motion  sickness  (seasick,  carsick,

etc.)?

When established  safety  procedures  are  not  followed,  however,  there  are

increased  risks.

To  scuba  dive  safely,  you  should  not  be  extremely  overweight  or

out  of  condition.  Diving  can  be  strenuous  under  certain  conditions.  Your

respiratory  and  circulatory  systems  must  be  in  good  health.  All  body  air

spaces  must  be  normal  and  healthy.  A  person  with  coronary  disease,  a

current  cold  or  congestion,  epilepsy,  a  severe  medical  problem  or  who  is

under  the  influence  of  alcohol  or  drugs  should  not  dive.  If  you  have

asthma,  heart  disease,  other  chronic  medical  conditions  or  you  are  tak-

ing  medications  on  a  regular  basis,  you  should  consult  your  doctor  and

the  instructor  before  participating  in  this  program,  and  on  a  regular  basis

thereafter  upon  completion.  You  will  also  learn  from  the  instructor  the

important  safety  rules  regarding  breathing  and  equalization  while  scuba

diving.  Improper  use  of  scuba  equipment  can  result  in  serious  injury.  You

must  be  thoroughly  instructed  in  its  use  under  direct  supervision  of  a

qualified  instructor  to  use  it  safely.

If  you  have  any  additional  questions  regarding  this  Medical

Statement  or  the  Medical  Questionnaire  section,  review  them  with  your

instructor  before  signing.

Please  answer  the  following  questions  on  your  past  or  present  medical  history

with  a**YES**  or**NO**.  If  you  are  not  sure,  answer**YES**.  If  any  of  these  items  apply  to

you,  we  must  request  that  you  consult  with  a  physician  prior  to  participating  in

scuba  diving.  Your  instructor  will  supply  you  with  an  RSTC  Medical  Statement  and

Guidelines  for  Recreational  Scuba  Diver’s  Physical  Examination  to  take  to  your

physician.

\_\_\_\_\_  Dysentery  or  dehydration  requiring  medical  intervention?

\_\_\_\_\_  Any  dive  accidents  or  decompression  sickness?

\_\_\_\_\_  Inability  to  perform  moderate  exercise  (example:  walk  1.6  km/one  mile

within  12  mins.)?

\_\_\_\_\_  Head  injury  with  loss  of  consciousness  in  the  past  five  years?

\_\_\_\_\_  Recurrent  back  problems?

\_\_\_\_\_  Back  or  spinal  surgery?

\_\_\_\_\_  Diabetes?

\_\_\_\_\_  Back,  arm  or  leg  problems  following  surgery,  injury  or  fracture?

\_\_\_\_\_  High  blood  pressure  or  take  medicine  to  control  blood  pressure?

\_\_\_\_\_  Heart  disease?

\_\_\_\_\_  Heart  attack?

\_\_\_\_\_  Angina,  heart  surgery  or  blood  vessel  surgery?

\_\_\_\_\_  Sinus  surgery?

\_\_\_\_\_  Ear  disease  or  surgery,  hearing  loss  or  problems  with  balance?

\_\_\_\_\_  Recurrent  ear  problems?

\_\_\_\_\_  Bleeding  or  other  blood  disorders?

\_\_\_\_\_  Hernia?

\_\_\_\_\_  Ulcers  or  ulcer  surgery  ?

\_\_\_\_\_  A colostomy  or  ileostomy?

\_\_\_\_\_  Recreational  drug  use  or  treatment  for,  or  alcoholism  in  the  past  five

years?

**The  information  I  have  provided  about  my  medical  history  is  accurate  to  the  best  of  my  knowledge.*I  agree  to  accept***

***responsibility  for  omissions  regarding  my  failure  to  disclose  any  existing  or  past  health  condition.***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature Date Signature of Parent or Guardian Date

Page 1 of 2

Please  print  legibly.

Name\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Birth  Date  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Age  \_\_\_\_\_\_\_\_

First Initial Last Day/Month/Year

Mailing  Address  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

City\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  State/Province/Region  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Country  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Zip/Postal  Code  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Home  Phone  ( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Business  Phone  ( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FAX\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name  and  address  of  your  family  physician

Physician  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Clinic/Hospital  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Address\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date  of  last  physical  examination  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name  of  examiner\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Clinic/Hospital\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Address  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Phone  ( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Email  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Were  you  ever  required  to  have  a  physical  for  diving? Yes No If  so,  when?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PHYSICIAN

This  person  applying  for  training  or  is  presently  certified  to  engage  in  scuba  (self-contained  underwater  breathing  apparatus)  diving.  Your  opinion  of

the  applicant’s  medical  fitness  for  scuba  diving  is  requested.  There  are  guidelines  attached  for  your  information  and  reference.

Physician’s  Impression

I  find  no  medical  conditions  that  I  consider  incompatible  with  diving.

I  am  unable  to  recommend  this  individual  for  diving.

**Remarks**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Date  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Physician’s Signature or Legal Representative of Medical Practitioner Day/Month/Year

Physician\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Clinic/Hospital\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Address\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Phone  ( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Email  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Page 2 of 2