



**HOPE**  
FOUNDATION

DECLARACIÓN MÉDICA  
ECUADOR - MANTA - LIGÜIQUI



PROGRAMA

**VOLUNTARIADO  
LIGÜIQUI**

DATOS GENERALES



Teléfono: (+593) 099-9744331



[www.hopefoundationecuador.org](http://www.hopefoundationecuador.org)



[info@hopefoundationecuador.com](mailto:info@hopefoundationecuador.com)



Av. 35 y Calle 28 Manta, EC

## DECLARACIÓN MÉDICA DE LA FUNDACIÓN HOPE

### IMPORTANTE – POR FAVOR LEER

La comunidad Ligüiqui está asentada en la parte alta de un acantilado que se encuentra aproximadamente a 100m sobre el nivel del mar, lo que le permite tener características especiales tanto en el clima como en el vistoso paisaje que la circunda, por su privilegiada ubicación la rodean varios tipos de vegetación desde bosque seco a húmedos los cuales albergan una variedad de insectos y animales silvestres asociados a estos parajes. La Playa de Ligüiqui es la playa más aislada de Manta, se encuentra a unos 35 km del centro de Manta y está rodeada por acantilados muy profundos desde donde las vistas hacia el Océano Pacífico son espectaculares. Su cercanía tanto a la reserva de vida silvestre y marino de Pacoche y la Playa de San Lorenzo, hace de Ligüiqui una parada ideal para descubrir un pequeño poblado de pescadores lleno de historia y vestigios arqueológicos.

El programa de voluntariado consta de actividades acuáticas y terrestres a realizar durante la estadía del voluntariado. Debido a que las actividades ocurren en lugares donde hay interacción con la vida silvestre circundante posible que pueda incrementar las chances de que ocurra un accidente o alguna situación que requiera de asistencia inmediata del voluntariado. En este contexto, la Fundación Hope utiliza el siguiente cuestionario para hacerle consciente de estas condiciones antes de participar en una actividad de senderismo, extracción de material de estudio terrestre o marino, actividades de snorkeling o buceo con respiración puede poner en peligro su salud, su seguridad y la seguridad de cualquier persona con la que pueda interactuar en el futuro.

El objetivo de este Cuestionario Médico es averiguar si debe ser examinado por su médico antes de venir a participar en el programa de voluntariado. Una respuesta positiva a una pregunta no le inhabilita necesariamente para las actividades terrestres y marinas que vamos a realizar durante su estadía. Una respuesta positiva significa que existe una enfermedad preexistente que puede afectar a su seguridad y que DEBE consultar a un médico antes de participar en las actividades a realizar. El médico tiene que firmar al final del formulario para decir que no encuentra ninguna condición médica incompatible, marcando alguna casilla «SÍ». Por favor, responda a las siguientes preguntas sobre su historial médico pasado o presente marcando la casilla marcada con un «SÍ» o un «NO». Si no está seguro, responda Sí.

**NOMBRE DEL VOLUNTARIO:** \_\_\_\_\_

		SI	NO
1	<b>Medicación:</b> ¿Toma regularmente algún medicamento sin receta o recetado por un médico? En caso afirmativo, especifique (medicamento, dosificación, frecuencia, etc.)		
2	<b>Alergias:</b> Si tienes alguna alergia (alimentos o no relacionadas con alimento). En caso afirmativo, especifique (alimentos específicos, medicamentos, ambientales al polvo, polen, etc.)		
3	<b>Enfermedades mentales y del estado de ánimo:</b> Enfermedad mental o trastorno del estado de ánimo actual o antecedentes de enfermedad mental o trastorno del estado de ánimo, incluidos, entre otros, esquizofrenia, trastorno paranoide, ataques de histeria. En caso afirmativo, especifique.		
4	<b>Enfermedades neurológicas:</b> Incluidos, entre otros, antecedentes de trastornos convulsivos, apoplejía, cirugía cerebral, desmayos o desvanecimientos repetidos, migrañas intensas o aneurisma de los vasos sanguíneos cerebrales. En caso afirmativo, especifique.		
5	<b>Afecciones cardiovasculares:</b> Incluidos, entre otros, infarto de miocardio, cirugía cardíaca, ritmo cardíaco irregular, marcapasos, tensión arterial elevada no controlada. En caso afirmativo, especifique.		
6	<b>Afecciones pulmonares:</b> Incluidos, entre otros, asma, antecedentes de colapso pulmonar espontáneo, colapso pulmonar debido a una lesión, quistes o bolsas de aire en los pulmones, daños graves en el tejido pulmonar, enfisema, cualquier problema pulmonar que interfiera con su capacidad para respirar. En caso afirmativo, especifique.		
7	<b>Afecciones de oído, nariz y garganta:</b> Incluidos, entre otros, tumores, pólipos o quistes de las cavidades sinusales o de las fosas nasales, cirugía mayor de los senos paranasales, infección persistente de los senos paranasales, orificios permanentes de los tímpanos, antecedentes de rotura de tímpano, tubos permanentes en los tímpanos, discapacidad auditiva grave o pérdida de audición en uno o ambos oídos, cirugía mayor de los oídos. En caso afirmativo, especifique.		
8	<b>Afección ocular:</b> Incluida, entre otras, miopía grave, desprendimiento de retina, cirugía ocular. En caso afirmativo, especifique		
9	<b>Diabetes Mellitus:</b> Diabetes de tipo I (insulinodependiente) o diabetes de tipo II, que requiere insulina o medicación oral para su control. Cualquier forma de Diabetes que sea inestable, «quebradiza» o produzca episodios de hipoglucemia (reacciones de bajo nivel de azúcar en sangre), hiperglucemia (nivel de azúcar en sangre extremadamente alto con cetosis) o si existe una enfermedad renal, ocular, cardíaca o vascular relacionada. En caso afirmativo, especifique.		
10	<b>Historial de Apnea/Buceo:</b> Incluidos, entre otros, antecedentes de accidente de buceo, desmayo grave, enfermedad por descompresión, descompresión del oído interno del aire, bloqueo inverso, compresión pulmonar, cualquier compresión pulmonar que produzca espuma rosa, hemorragia pulmonar. En caso afirmativo, especifique		
11	<b>Problemas médicos generales:</b> Cualquier condición física y/o emocional no mencionada que pueda afectar a su seguridad en un entorno subacuático o afectar a su juicio en momentos de estrés físico o emocional. En caso afirmativo, especifique		
12	<b>Embarazo:</b> Si está actualmente embarazada.		

Por favor proporcione cualquier información adicional relacionada con sus alergias o historial médico que crea que es importante que conozcan la familia anfitriona y los organizadores del programa:

---

---

**Médico que debe completar (Si se ha marcado alguna casilla "SI" de la página 1)**

- No encuentro ninguna condición médica que considere incompatible con las actividades que se van a realizar en el voluntariado.
- No puedo recomendar a esta persona para las actividades que se van a realizar durante el voluntariado.

**Nombre del voluntariado:** \_\_\_\_\_

**Nombre del médico:** \_\_\_\_\_

**Firma del médico:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono del médico:** \_\_\_\_\_

**Sello o dirección postal del médico:** \_\_\_\_\_

Con mi firma verifico que he revisado completamente la Declaración Médica del solicitante y que no encuentro ninguna contraindicación para las actividades del voluntariado a realizarse durante la estadía en Ligüiqui, Ecuador.

Yo Certifico que he respondido a las preguntas anteriores con exactitud y honestidad. Yo soy responsable por omisión en cuanto a mi falta de revelación de cualquier condición de salud actual o pasada.

**Nombre del voluntariado:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

\*Si el voluntario es menor de 18 años. Esto también debe ser firmado por un padre/tutor

**Nombre del padre o tutor:** \_\_\_\_\_

**Dirección del padre o tutor:** \_\_\_\_\_

**Número de contacto del padre o tutor:** \_\_\_\_\_

**Firma del participante padre o tutor:** \_\_\_\_\_