

## CONTRAINDICACIONES PARA LA PRÁCTICA DEL PARACAIDISMO DEPORTIVO

Lista no limitativa. Los problemas deben ser abordados caso a caso, con un balance especializado si hiciera falta, teniendo en cuenta el nivel técnico. En caso de litigio, la decisión final debe ser sometida a la comisión médica.

Altitud: 4000 m (Hipoxia, Hipobaria, Hipotermia, Ansiedad) Velocidad: 180 km/h en caída 8-15 km/h al posar	Contraindicaciones definitivas	Contraindicaciones temporales
Cardiología	Trastorno cardíaco congénito o adquirida Conducción miocárdica, permanente o paroxística, bloqueo de rama izquierda, WPW. Insuficiencia coronaria clínica o eléctrica, bypass arterial u otro. Valvulopatías sintomáticas. Hipertensión permanente	Hipertensión no controlada Tratamiento antiarrítmico para ser evaluado. Tratamiento de bloqueo beta para ser evaluado
Aparato locomotor y esqueleto	Enfermedades oseo-articulares y musculo-tendinosas, secuelas funcionales severas, afecciones congénitas o adquiridas. Dislocación recurrente del hombro. Mayor inestabilidad rotuliana. Afección fetal crónica o subaguda. Espondilolistesis inestable con signos funcionales agudos o crónicos. Hernia de disco con signos neurológicos. Amputación de un segmento de miembro. Osteoporosis patente	Dolor de columna, aumento de la curvatura, alteraciones estáticas para evaluar. Osteosíntesis. Fractura vertebral, hernia de disco no neurológica a evaluar
Neumología	Enfermedad pulmonar crónica no tolerante a hipobaria o hipoxia EPOC, dilatación bronquial, síndromes restrictivos (lobectomía, pectus ...). Neumotórax recurrente	Asma a evaluar Neumonía en evolución
Otorrinolaringología	Afección crónica del oído medio. Obstrucción permanente de la trompa de Eustaquio. Cofosis unilateral o bilateral. Trastorno vestibular permanente.	Enfermedad intercurrente aguda
Oftalmología	Debilitamiento del globo ocular (cirugía abierta, fuerte miopía, trauma) Agudeza inf a 8/10 con corrección, mejor a 6/10, más baja a 1/10	Cirugía refractiva para ser evaluada. Discromatopsia (ISHIHARA). Tratamiento con bloqueador tópico para evaluar.
Neurología	Epilepsia. Trastornos crónicos o paroxísticos del estado de alerta. Participación meníngea neuroquirúrgica, ENT traumática.	Traumatismo craneal severo para ser evaluado
Psiquiatría	Afección psiquiátrica. Alcoholismo y drogadicción	Tratamiento ansiolítico, antidepresivo, hipnógeno
Hematología	Hemopatías, esplenomegalia.	Flebitis no explorada
Endocrinología	Diabetes dependiente de la insulina. Afecciones agudas o crónicas que pueden afectar la seguridad	Diabetes no insulino dependiente a evaluar
Gastroenterología	Disfunción de la pared abdominal. Secuelas quirúrgicas (cicatriz dehiscente, estómago ...).	Hernia de hiato, reflujo, síndrome de intestino irritable para evaluar.
Ginecología		Embarazo
Genitourinario	Secuelas evidentes de cirugía	

Cualquier ingestión de medicamentos o de sustancias susceptibles de modificar el comportamiento, pueden ser causa de contraindicación.

La reanudación del paracaidismo después de un accidente en caída o pose, requerirá la aprobación de un médico deportivo o un especialista.

Este documento es una traducción/adaptación del modelo original de la Federación Francesa de Paracaidismo (Fédération française de parachutisme - FFP), disponible en francés en [www.ffp.asso.fr](http://www.ffp.asso.fr)

FEDERACION FRANCESA DE PARACAIDISMO

CERTIFICADO MÉDICO DE NO CONTRAINDICACION PARA LA PRACTICA DEL PARACAIDISMO DEPORTIVO

El abajo firmante, \_\_\_\_\_, licenciado en Medicina, colegiado con número \_\_\_\_\_, certifica haber examinado en el día de hoy a D./Dña. \_\_\_\_\_ nacido/a el \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_ (localidad y provincia).

Y no haber encontrado este día, sin perjuicio de la precisión de sus declaraciones, ninguna contraindicación clínicamente detectable para la práctica del paracaidismo mediante:

- Salto tándem con instructor
- Curso PAC

Realizado en \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

El presente certificado es válido para el año en curso y como máximo para 6 meses desde la fecha de firma, salvo enfermedad intercurrente o accidente, entregado en mano al interesado, que ha sido informado de los riesgos en los que incurriría en caso de declaración falsa.

Este documento es una traducción/adaptación del modelo original de la Federación Francesa de Paracaidismo (Fédération française de parachutisme - FFP), disponible en francés en [www.ffp.asso.fr](http://www.ffp.asso.fr)

## Regulaciones Médicas Federales de la Federación Francesa de Paracaidismo.

### Anexo 1 del reglamento interno

(inicialmente adoptado por el Consejo Federal el 22 de noviembre de 2008 y modificado por el Comité Directivo el 25 de octubre de 2013)

### CUESTIONARIO MÉDICO

(a cumplimentar por el candidato)

#### Anexo 2 del Reglamento Médico

Nombre \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_ Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_

Nivel de experiencia \_\_\_\_\_ Número de saltos \_\_\_\_\_

1. ¿Ha sido operado de algo? Si No  
Si la respuesta es Sí, ¿de qué ha sido operado? \_\_\_\_\_

2. ¿Ha sufrido algún traumatismo craneal? Si No  
Si la respuesta es Sí, ¿cuándo? ¿con qué consecuencias? \_\_\_\_\_

3. ¿Tiene o ha tenido alguna enfermedad en particular? Si No  
Si la respuesta es Sí, ¿Cuál? \_\_\_\_\_

4. Actualmente, ¿toma alguna medicación? Si No  
En caso afirmativo, indíquenos cuál, por favor \_\_\_\_\_

5. ¿Ha tenido algún esguince o fractura o luxación? Si No  
Si la respuesta es Sí, ¿cuándo? ¿en qué parte del cuerpo? \_\_\_\_\_

---

6. ¿Usa gafas? \_\_\_\_\_

¿Lleva lentes de contacto? \_\_\_\_\_

¿Tiene algún problema auditivo? \_\_\_\_\_

7. ¿Está al día de las vacunas? \_\_\_\_\_

8. Otras observaciones \_\_\_\_\_

El firmante \_\_\_\_\_

Confirma que estas declaraciones son sinceras y verdaderas.

En \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_