

Examen de salud de Kamp Kiwanis® de 2026 realizado por un médico



MÉDICO, ESTE FORMULARIO DEBE COMPLETARSE EN SU TOTALIDAD PARA ASISTIR A KAMP KIWANIS Para ser completado por un médico con licencia, asistente médico o enfermero practicante que represente al médico con licencia EXAMEN MÉDICO 2026 (MÉDICO PARA COMPLETAR):

Nombre _____ Sexo _____ Fecha de nacimiento _____ Altura _____ Peso _____
BP _____ P _____ Visión R20/ _____ L20/ _____ Oídos _____ Garganta _____ Dientes _____
Piel _____ Respiratorio _____ Cardiovascular _____ Musculoesquelético _____
Neurológico _____ Hígado _____ Bazo _____ Genitales _____ Hernia _____ U/
A _____ Asma _____ ¿El paciente está bajo el cuidado de un médico por la siguiente afección
_____ ? SÍ/NO _____ Si NO Fecha del último examen fco: _____

ÓRDENES INDIVIDUALIZADAS: Los siguientes medicamentos sin receta se usan según sea necesario para controlar enfermedades y lesiones.
Personal médico: Tacha aquellos artículos que no se le deben dar al campista.
Hisopos para picaduras de acetaminofén
Aloe Sudafed y Sudafed PE
Spray antiácidos para quemaduras solares
Antihistamínicos Protector solar
Crema antibiótica tópica de aspirina
Auralgan (gotas para los oídos) Antipruriginosos tópicos calamina
Aerosol cloraseptico para la garganta
maleato de clorfenemina
cortaid
Supresores de la tos
dextrometorfano
Dimetapp
Guaifenesina (Robitussin en cualquier forma)
Ibuprofeno
Repelente de insectos
Laxantes para el estreñimiento
Tratamiento de piojos
Pepto-Bismol
Crema de sarna

ALERGIAS Y ALERGIAS DIETÉTICAS:

☐ No hay alergias conocidas

☐ A los alimentos (lista):

☐ A los medicamentos (lista):

☐ Al medioambiente (picaduras de insectos para incluir abejas, fiebre del heno, etc. lista):

☐ Otras alergias (enumere):

DIETA: ☐ Sigue una dieta regular

☐ Tiene un plan de alimentación recetado médicamente o restricciones dietéticas (enumere):

MEDICAMENTOS CON RECETA Y TRATAMIENTOS: complete con el régimen actual del paciente para medicamentos programados y PRN para incluir flujos máximos, tratamientos con nebulizador, análisis de sangre/análisis de laboratorio, pruebas diabéticas, administración de insulina, cambios de vendajes, a través de GT, etc.; utilice la hoja posterior para medicamentos adicionales según sea necesario.

Nombre del medicamento	Fecha de inicio	Razón para tomarlo	Cuándo se administra	Cantidad o dosis administrada	Cómo se administra
			<input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Hora de acostarse <input type="checkbox"/> Otro horario		
			<input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Hora de acostarse <input type="checkbox"/> Otro horario		

CUALQUIER LIMITACIÓN EN LA ACTIVIDAD: SÍ / NO

Natación _____ Senderismo _____ Atletismo _____ Canotaje _____ Ciclismo _____ Otro _____ Ex-
pliche: _____

Certifico que en esta fecha he examinado al mencionado anteriormente y que, según mi examen y el historial médico que se me proporcionó, no he encontrado ninguna razón que haga que sea médicamente desaconsejable para el kamper para participar en actividades físicamente extenuantes.



Firma del médico

Fecha

Fecha del examen

Escriba en letra de imprenta: Nombre del médico

N.º de licencia

ción

Direc-

N.º de teléfono

Cargue o envíe por correo el formulario completo a: Kamp Kiwanis, 9020 Kiwanis Rd, Taberg, NY 13471 o
kamp@kampkiwanis.org, www.kampkiwanis.org

Doctor: Por favor, no olvide proporcionar a su paciente un registro de vacunación actual y actualizado.

Kamp Kiwanis® 2026
Examen de salud por un médico
Medicamentos adicionales

Nombre del medicamento	Fecha de inicio	Razón para tomarlo	Cuándo se administra	Cantidad o dosis administrada	Cómo se administra
			<input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Hora de acostarse <input type="checkbox"/> Otro horario		
			<input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Hora de acostarse <input type="checkbox"/> Otro horario		
			<input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Hora de acostarse <input type="checkbox"/> Otro horario		
			<input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Hora de acostarse <input type="checkbox"/> Otro horario		
			<input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Hora de acostarse <input type="checkbox"/> Otro horario		
			<input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Hora de acostarse <input type="checkbox"/> Otro horario		
			<input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Hora de acostarse <input type="checkbox"/> Otro horario		
			<input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Hora de acostarse <input type="checkbox"/> Otro horario		
			<input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Hora de acostarse <input type="checkbox"/> Otro horario		