

# 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 fico: \_\_\_\_\_

**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 cloraséptico para la garganta  
 maleato de clorfenermina  
 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 médica 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-  
 plique: \_\_\_\_\_

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 médica desaconsejable para el kamper para participar en actividades físicamente extenuantes.



Firma del médico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Fecha del examen \_\_\_\_\_ 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](mailto:kamp@kampkiwanis.org), [www.kampkiwanis.org](http://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		