Examen de salud de Kamp Kiwanis® de 2027 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 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
			□Desayuno □Almuerzo □Cena □Hora de acostarse □Otro horario		
			□Desayuno □Almuerzo □Cena □Hora de acostarse □Otro horario		

CUALQUIER LIMITACIÓN EN LA ACTIVIDAD: SÍ / NO
Natación _____ Senderismo _____ Atletismo _____ Canotaje _____ Ciclismo _____Otro_____ Explique:_____

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.° de licencia _____ Dirección_____N.° 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® 2027
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
			□Desayuno □Almuerzo □Cena □Hora de acostarse □Otro horario		
			□Desayuno □Almuerzo □Cena □Hora de acostarse □Otro horario		
			□Desayuno □Almuerzo □Cena □Hora de acostarse □Otro horario		
			□Desayuno □Almuerzo □Cena □Hora de acostarse □Otro horario		
			□Desayuno □Almuerzo □Cena □Hora de acostarse □Otro horario		
			□Desayuno □Almuerzo □Cena □Hora de acostarse □Otro horario		
			□Desayuno □Almuerzo □Cena □Hora de acostarse □Otro horario		
			□Desayuno □Almuerzo □Cena □Hora de acostarse □Otro horario		
			□Desayuno □Almuerzo □Cena □Hora de acostarse □Otro horario		