

# 2023 Kamp Kiwanis®

## Health Exam by a Physician



IT IS INSUFFICIENT TO ATTACH YOUR OWN HEALTH RECORD, THIS FORM MUST BE COMPLETED IN FULL IN ORDER TO ATTEND KAMP KIWANIS  
 To be filled out by a Licensed Physician, Physician's Assistant or Nurse Practitioner representing the Licensed Physician  
**2023 MEDICAL EXAMINATION (DOCTOR TO COMPLETE):**

Name \_\_\_\_\_ Male/Female \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ Height \_\_\_\_\_ Weight \_\_\_\_\_  
 BP \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_ Vision R20/ \_\_\_\_\_ L20/ \_\_\_\_\_ Ears \_\_\_\_\_ Throat \_\_\_\_\_ Teeth \_\_\_\_\_ Skin \_\_\_\_\_  
 Respiratory \_\_\_\_\_ Cardiovascular \_\_\_\_\_ Musculoskeletal \_\_\_\_\_ Neurological \_\_\_\_\_  
 Liver \_\_\_\_\_ Spleen \_\_\_\_\_ Genitalia \_\_\_\_\_ Hernia \_\_\_\_\_ U/A \_\_\_\_\_ Asthma \_\_\_\_\_  
 The patient is under the care of a physician for the following condition(s): \_\_\_\_\_

Physical Exam completed today? YES/NO \_\_\_\_\_ If NO Date of last Physical Exam: \_\_\_\_\_

**INDIVIDUALIZED ORDERS:** The following non-prescription medications are used on an as needed basis to manage illness and injury.  
**Medical personnel: Cross out those items the camper should not be given.**

Acetaminophen	Sting Swabs
Aloe	Sudafed & Sudafed PE
Antacids	Sunburn Spray
Antihistamines	Sunscreen
Aspirin	Topical Antibiotic Cream
Auralgan (ear drops)	Topical Antipruritics
Calamine	
Chloraseptic Throat Spray	
Chlorpheniramine Maleate	
Cortaid	
Cough suppressants	
Dextromethorphan	
Dimetapp	
Guaifenesin (Robitussin any form)	
Ibuprofen	
Insect Repellent	
Laxatives for Constipation	
Lice Treatment	
Pepto-Bismol	
Scabies Cream	

**ALLERGIES AND DIET**

**ALLERGIES:**  No Known Allergies

To foods (**list**): \_\_\_\_\_

To Medications (**list**): \_\_\_\_\_

To the environment, (**insect stings to include bees, hay fever, etc. list**): \_\_\_\_\_

Other Allergies (**list**): \_\_\_\_\_

**DIET:**

Eats a regular diet

Has a medically prescribed meal plan or dietary restrictions (**list**): \_\_\_\_\_

**PRESCRIPTION MEDICATIONS AND TREATMENTS:** Please complete with Patient's current regimen for both scheduled and PRN medications to include peak flows, nebulizer treatments, blood draws/lab work, diabetic testing, insulin administration, dressing changes, via GT etc.; please use the back sheet for additional medications as need.  
**This person takes medication on a routine basis? YES/NO \_\_\_\_\_**

Name of Medication	Date Started	Reason for taking it	When is it given	Amount or dose given	How is it given
			<input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Dinner <input type="checkbox"/> Bedtime <input type="checkbox"/> Other time		
			<input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Dinner <input type="checkbox"/> Bedtime <input type="checkbox"/> Other time		

**ANY LIMITATIONS ON ACTIVITY: YES / NO**  
 Swimming \_\_\_\_\_ Hiking \_\_\_\_\_ Athletics \_\_\_\_\_ Canoeing \_\_\_\_\_ Biking \_\_\_\_\_ Other \_\_\_\_\_ Explain: \_\_\_\_\_

I certify that I have on this date examined the above named and that on the basis of my examination and medical history as furnished to me, I have found no reason which would make it medically inadvisable for the camper to participate in physically strenuous activities.

Physician's Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Date of Examination \_\_\_\_\_  
 Please Print: Physician's Name \_\_\_\_\_ License # \_\_\_\_\_  
 Address \_\_\_\_\_ Phone # \_\_\_\_\_

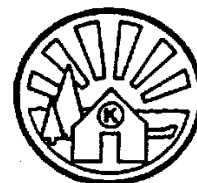
*Cargue o envíe por correo el formulario completo a: Kamp Kiwanis, 9020 Kiwanis Rd, Taberg, NY 13471 o [kamp@kampkiwanis.org](mailto:kamp@kampkiwanis.org), [www.kampkiwanis.org](http://www.kampkiwanis.org)  
 Envíe las piezas que faltan por correo electrónico a: [application@kampkiwanis.org](mailto:application@kampkiwanis.org)*

**Doctor: Please do not forget to provide to your patient with a current and up to date immunization record**

**2023 Kamp Kiwanis®  
Health Exam by a Physician  
Additional Medications**

Name of Medication	Date Started	Reason for taking it	When is it given	Amount or dose given	How is it given
			<input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Dinner <input type="checkbox"/> Bedtime <input type="checkbox"/> Other time		
			<input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Dinner <input type="checkbox"/> Bedtime <input type="checkbox"/> Other time		
			<input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Dinner <input type="checkbox"/> Bedtime <input type="checkbox"/> Other time		
			<input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Dinner <input type="checkbox"/> Bedtime <input type="checkbox"/> Other time		
			<input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Dinner <input type="checkbox"/> Bedtime <input type="checkbox"/> Other time		
			<input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Dinner <input type="checkbox"/> Bedtime <input type="checkbox"/> Other time		
			<input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Dinner <input type="checkbox"/> Bedtime <input type="checkbox"/> Other time		
			<input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Dinner <input type="checkbox"/> Bedtime <input type="checkbox"/> Other time		
			<input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Dinner <input type="checkbox"/> Bedtime <input type="checkbox"/> Other time		

# Examen de salud de Kamp Kiwanis® de 2023 realizado



NO ES SUFICIENTE ADJUNTAR SU PROPIO REGISTRO 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 2023 (MÉDICO PARA COMPLETAR):

Nombre \_\_\_\_\_ Masculino/Femenino \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 to \_\_\_\_\_ Altura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ BP \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_ Visión R20/ \_\_\_\_\_ L20/  
 \_\_\_\_\_ Oídos \_\_\_\_\_ Garganta \_\_\_\_\_ Dientes \_\_\_\_\_ Piel \_\_\_\_\_ Respirato-  
 rio \_\_\_\_\_ Cardiovascular \_\_\_\_\_ Musculoesquelético \_\_\_\_\_ Neurológi-  
 co \_\_\_\_\_ 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 físico: \_\_\_\_\_

**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 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-  
 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 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 \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

N.º de licencia \_\_\_\_\_

ción \_\_\_\_\_

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® 2023**  
**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		