

# Duncan Park Summer Camp

P.O. Box 6885  
San Antonio, TX 78209  
Telefono: (210/800) 824-5387  
Fax: (210) 824-2164  
Email: laura.kean@dwtx.org  
www.dwtx.org/colorado



**Se requiere un examen de salud cada 24 meses. Si el medico ha practicado un examen previamente y todavia esta vigente en el tiempo de ir al campamento , el medico puede llenar y firmar la forma. La firma tendra vigencia por un periodo de 6 meses.** *A physical is required every 24 months. If a physical was previously done, and within 24 months of the first day of camp, the physician may fill in and sign this form. Signature must be within 6 months of camp.*

**Nombre completo del campista:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_  
*(Camper Name)* *(Date of Birth)*

## RECOMENDACIONES MEDICAS - debe completarse por un MEDICO U DOCTOR.

*(HEALTH CARE RECOMMENDATIONS – To Be Completed by an MD or DO.)*

**\*\*Duncan Park require un examen de salud 6 meses antes del campamento , no es necesario tener un examen solo por asistir al campamento, si ha tenido uno antes, durante los meses pasados. (Duncan Park requires a health exam within 6 months of camp attendance. A brand new exam is not necessarily required for camp attendance.)**

I examined this individual on \_\_\_\_\_. In my opinion, he/she  is  is not able to participate in an active camp program.  
*Examine a este individuo, \_\_\_\_\_, en mi opinion, el/ella  es  no es capaz de participar en un programa activo de campamento.*

BP \_\_\_\_\_ Weight \_\_\_\_\_ Height \_\_\_\_\_  
*PA (Presión Arterial) (Peso) (Altura)*

### The applicant is under the care of a physician for the following conditions:

*El solicitante esta bajo el cuidado medico por las siguientes condiciones:*

### Treatment to be continued at Camp:

*Tratamiento que debe continuar en el campamento:*

### Medications to be administered at camp (name, dosage, frequency):

*Medicamentos que se administraran en el campamento ( nombre, dosis, frecuencia ):*

### Limitations or restrictions while at camp:

*Limitaciones o restricciones en el campamento:*

### Other information for the Camp Health Staff:

*Otra informacion para el personal de salud en el campamento:*

**Signature of Licensed Medical Personnel:** \_\_\_\_\_ **Today's Date:** \_\_\_\_\_  
*Firma del Medico, Doctor* *Fecha de hoy*  
Printed \_\_\_\_\_ Title \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_  
*Con letra de imprenta* *Titulo* *Telefono*  
Address \_\_\_\_\_  
*Direccion*