



Estimados Padres / Tutores:

¡Gracias por su interés en Camp Erin South Florida!

Camp Erin es un campamento durante el fin de semana, gratuito para niños y adolescentes entre las edades de 6 a 17 años que han experimentado la muerte de una persona importante en sus vidas. En Camp Erin, los niños y adolescentes tienen la oportunidad de tener un fin de semana distinto, combinando educación sobre el duelo y apoyo emocional, a través de actividades divertidas e interactivas. Nuestros profesionales y voluntarios están capacitados de brindar un ambiente de cuidado para que los campistas exploren su duelo, aprendan destrezas de manejo, y hagan amigos que están pasando por situaciones similares. Camp Erin South Florida se lleva a cabo dos veces al año.

Para participar al Camp Erin, requerimos lo siguiente:

1. **Aplicación** - se debe completar una solicitud para cada niño antes de ser considerado para el campamento. Envíe las solicitudes completadas a:
Por Correo/ En Persona:
Catholic Hospice, Attn: Camp Erin South Florida
2900 W. Cypress Creek Road, Suite 7
Fort Lauderdale, FL 33309
Por Fax: 954-944-2697
Por E-mail: CampErin@catholichospice.org
2. **Entrevista** — Un miembro del equipo de Camp Erin se pondrá en contacto con usted para ayudarlo a que usted y sus hijos se familiaricen con el campamento. También es importante para nosotros conocer a su(s) hijo(s). La entrevista ayudará a determinar si su(s) hijo(s) está preparado para el campamento y si Camp Erin satisface sus necesidades. Después de este proceso, se enviará una carta para proporcionar información adicional sobre el campamento y otras actividades del campamento, como Save Your Spot.
3. **“Save Your Spot”** — En “Save Your Spot”, se reunirá con el equipo de Camp Erin, voluntarios y otros campistas que estarán con sus hijos en el campamento, y así mismo confirmará su(s) lugar(es) en el campamento.

Si tiene alguna pregunta sobre Camp Erin South Florida, puede comunicarse con nuestra Gerente de Campamentos al **954- 944-2709** o por correo electrónico a gsantayana@catholichospice.org.

Gian Carla Santayana, MS, NCC, LMFT
Bereavement Camp Manager

Catholic Hospice, Inc.

2900 W. Cypress Creek Road | Suite 7 | Fort Lauderdale, FL 33309

O. 954-944-2709 | F. 954-944-2697 | www.camperinsouthflorida.org





LISTA DE VERIFICACION PARA LA APLICACION DEL CAMPISTA

Nombre del Niño: _____ Género: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Talla de Camiseta: (Favor indicar si el niño utiliza talla de adulto) _____

Raza/Origen Étnico: (Circular)

Negro/Afroamericano

Blanco/Caucásico

Hispanic/Latino

Asiatico

Multiracial

Preocupaciones Principales: _____

¿Ha asistido a Camp Erin en el pasado? (Circule una) Si / No Año/Ubicación: _____

¿Afiliación Militar: (Circule una) Si / No Si si, qué rama?: _____

¿El campista solicitante califica o recibe almuerzo gratis o reducido en la escuela? (Circule una) Si / No

¿Era el fallecido un cuidador importante del campista? (Circule una) Si / No

Persona Completando la Solicitud: _____

Relación Hacia el Niño: _____

Correo electrónico: _____

Numero de Teléfono: _____

¿Como Escuchó Acerca Camp Erin? _____

USO OFICIAL SOLAMENTE:			Date materials received: _____		
Date of interview: _____			Staff conducting interview: _____		
Attended SYS? (CIRCLE ONE)	Yes	No	Date/Location of SYS: _____		
Transportation? (CIRCLE ONE)	Direct	Miami Lakes Bus (Homestead Camp ONLY)			
Accepted place? (CIRCLE ONE)	Yes	No	Attended camp? (CIRCLE ONE)	Yes	No
Additional Comments: _____					



HISTORIAL DE DUELO

Incluya tantos detalles como sea posible al responder las siguientes preguntas. Entendemos que responder algunas de estas preguntas puede ser difícil; sin embargo, queremos poder brindarle la mejor atención posible a su hijo.

Nombre del Niño: _____ Edad: _____
Nombre Completo de la Persona Fallecida: _____ Relación hacia el Niño: _____
Fecha de Muerte: _____ Edad de la Persona Fallecida en el momento de morir: _____
¿La muerte fue anticipada o repentina? _____ Causa de la muerte: _____
Por favor describa cómo se le explicó la muerte al niño: _____

¿Cómo describe el estilo de comunicación de su familia con respecto a la muerte? (Marque uno)

Abierto Adecuado Muy poco Evitado Ninguno

Verifique si alguna de las siguientes afirmaciones es VERDADERA:

El niño / adolescente estuvo presente al momento de la muerte.
 El niño / adolescente no comprende los hechos sobre la causa de muerte del fallecido.
 El niño / adolescente actualmente recibe apoyo profesional. Si es así, explique: _____
 Esta no es la primera experiencia del niño con la muerte. Si es así, explique: _____

Indique otros cambios / tensiones en la vida del niño / adolescente (es decir, enfermedad, reubicación, divorcio, antecedentes de abuso, nuevo matrimonio, finanzas, otras pérdidas) _____

Por favor explique cómo su hijo indica que está sufriendo. ¿Hablan abiertamente de la persona que murió? _____

Reacción a la pérdida: (marque todos los comportamientos que su hijo ha mostrado después de la muerte del ser querido)

<input type="checkbox"/> Aislamiento/soledad	<input type="checkbox"/> Uso de drogas/Alcohol	<input type="checkbox"/> Miedo/Temor a _____
<input type="checkbox"/> Depresión / Tristeza	<input type="checkbox"/> Causando daño a los parientes	<input type="checkbox"/> Cree que la muerte fue su culpa
<input type="checkbox"/> Pensamientos suicidas/lo habla	<input type="checkbox"/> Ira / Agresividad	<input type="checkbox"/> Cree que la muerte es un castigo
<input type="checkbox"/> Pesadillas	<input type="checkbox"/> Llorando hechizos	<input type="checkbox"/> Ansiedad por separación
<input type="checkbox"/> Otro: _____		

Dificultad con: (Circule todo lo que aplique)

Energía Peso Asistencia en la escuela Autoestima

Describa la personalidad de su hijo/adolescente y cualquier necesidad especial (idioma, discapacidad y/o necesidades religiosas), costumbres familiares, aspectos culturales, con respecto a los comportamientos/ estados de ánimo que debemos tener en cuenta para servir mejor a su hijo. _____





INFORMACIÓN DEL CAMPAMENTO

Nombre del Niño: _____ Edad: _____

¿Alguna vez su hijo ha: (Circule uno)

¿Asistido a un campamento de día? Si No

¿Asistido a un campamento de noche? Si No

¿Pasado la noche fuera de casa? Si No

¿Su hijo: (Marque uno)

¿Disfruta la música? Si No *Si es así, ¿Qué tipo? _____

¿Toca un instrumento? Si No *Si es así, ¿Cuál? _____

¿Disfruta/juega deportes? Si No *Si es así, ¿Cuál? _____

¿Disfruta del arte? Si No *Si es así, ¿Qué tipo? _____

¿Cuál es la(s) comida(s) favorita(s) de su hijo? _____

¿Cuál es la(s) comida(s) menos favorita(s) de su hijo? _____

Por favor déjenos saber cualquier interés/afición especial que su hijo tenga: _____

¿Hay algo que deberíamos saber para servir mejor a su hijo? _____

¿Han hablado usted y su hijo sobre la posibilidad de que él/ella asista a Camp Erin? Si No

¿Qué espera que su hijo gane al asistir a Camp Erin? _____

INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del Niño: _____ Edad: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

¿Su hijo: (Marque uno)

¿Tiene limitaciones físicas? Si No *Si es así, ¿Qué tipo? _____

¿Utiliza lentes o contactos? Si No

¿Tiene alergias? Si No *Si es así, ¿Qué tipo? _____

¿Tiene restricciones dietarias? Si No *Si es así, ¿Cuales? _____

¿Tiene antecedentes médicos significativos? Si No *Si es así, especifique: _____

¿Toma algún medicamento? Si No *Si es así, especifique: _____

¿Está su hijo bajo el cuidado de un médico primario (PCP)? (Circule uno) Si No

Nombre del Médico Primario: _____ Teléfono: _____

Dirección del Médico Primario: _____

¿Hay un hospital que su seguro ordene? (Marque uno) Si No

*Si es así, cuál es su hospital de preferencia: _____

En caso de emergencia, favor contactar a las siguientes personas(en orden):

Nombre del contacto de emergencia: _____

Teléfono Fijo: _____ Celular: _____

Nombre del contacto de emergencia: _____

Teléfono Fijo: _____ Celular: _____



CONSENTIMIENTO PARA ATENCIÓN MÉDICA/QUIRÚRGICA, TRATAMIENTO DE EMERGENCIA E INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Padre/Guardian: _____ Relación: _____

Como padre/tutor legal del niño mencionado anteriormente, otorgo la autorización completa al personal o agentes de Camp Erin® para obtener atención médica o tratamiento para dicho niño. Este tratamiento puede incluir la asistencia del médico más cercano, la clínica médica, el hospital, la enfermera capacitada, el EMT u otro profesional de atención médica en caso de una enfermedad o lesión que requiera atención inmediata según lo determine el personal de Camp Erin. En caso de emergencia y no poder ser contactado, doy permiso a la institución médica tratante y/o a los proveedores médicos para que brinden la atención médica necesaria para mi hijo. Autorizo además a Camp Erin y sus agentes a divulgar toda la información que consideren apropiada y necesaria para garantizar la atención adecuada para mi hijo. Consiento que soy responsable de cualquier tipo de atención prestada a mi hijo e indemnizaré y mantendré inofensiva a Camp Erin por dicha atención, costos o gastos relacionados.

Mi hijo tiene las siguientes complicaciones de salud y/o problemas: _____

Liste todos los medicamentos (con y/o sin receta) que su hijo deberá tomar mientras esté en el campamento.

Nombre del Medicamento	Dosis	Frecuencia	Médico Prescriptor	Razón para el Medicamento

***Todos los medicamentos deben estar en su contenedor original.**

Alergias del niño: (es decir, alimentos, medicamentos y todas las demás) e indique reacciones:

¿Tiene su hijo seguro médico: (marque uno): Sí No

***En caso afirmativo, complete lo siguiente:**

Nombre del proveedor: _____ Número de teléfono: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ # de póliza y del grupo: _____

Firma del titular de la póliza: _____ Fecha: _____

***POR FAVOR, HAGA UNA COPIA DE LA TARJETA DE SEGURO Y ADJUNTE**





LIBERACION DE CUSTODIA

Nombre del Niño Campista: _____

Fecha de Nacimiento del Niño Campista: _____

Soy el padre o tutor legal del niño campista identificado anteriormente. Por la presente, autorizo y ordeno a Camp Erin®, a su personal y/o a sus voluntarios que entreguen al campista infantil a la(s) siguiente(s) persona(s) durante o al final de Camp Erin con el fin de transportar o asumir la custodia del campista infantil:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Celular: _____

Correo Electrónico: _____

Si es necesario que mi hijo abandone Camp Erin antes de que finalice el programa debido a una enfermedad, lesión o problemas de comportamiento, y yo no puedo buscarlo, por este medio, doy permiso para que mi hijo sea puesto en libertad bajo la custodia de la persona identificada anteriormente. Entiendo que Camp Erin puede requerir una identificación con foto de cualquier persona que recoja al campista de Camp Erin, incluyéndome a mí.

Por medio de la presente, libero a Camp Erin, a su personal, a los voluntarios y representantes del riesgo de entregar al niño campista a la persona identificada anteriormente

Entiendo y acepto que, en caso de que se necesite atención médica u otra emergencia, Camp Erin puede entregar a mi hijo a profesionales de la salud u otro personal apropiado.

He leído y entendido todo este formulario, y estoy de acuerdo a regirme por las condiciones del acuerdo.

Firma del Padre/Tutor

Fecha





**CATHOLIC HOSPICE, INC.
DECLARACIÓN DE LIBERACIÓN DE PRIVACIDAD**

Yo, el firmante, soy el tutor y por el presente participo voluntariamente, y doy autorización para que el menor de edad aparezca en fotografías y/o entrevistas con respecto a Camp Erin® y sus actividades.

Por la presente, consiento al uso de los materiales anteriores en cualquier tipo de medio (publicaciones, radio, televisión o internet). También entiendo que mi identidad puede ser revelada en relación con las fotos y / o entrevistas.

Por este medio, libero a Catholic Hospice, Catholic Health Services y la Arquidiócesis de Miami, a sus agentes y empleados de toda responsabilidad en relación con lo anterior. Renuncio a cualquier derecho de inspeccionar o aprobar el producto terminado, la publicidad u otra copia que pueda usarse en relación con lo anterior.

Por este medio consiento lo anterior, sin expectativa ni remuneración para mí ahora o en el futuro. El acuerdo será obligatorio para mis herederos, representantes personales y cesionarios.

Nombre del Padre/Tutor Legal

Nombre del Representante de Catholic Hospice

Firma

Firma

Fecha

Fecha

