



Estimados Padres/Tutores:

¡Gracias por su interés en Camp Erin South Florida!

Camp Erin es un campamento gratuito de duelo de fin de semana para niños y adolescentes de 6 a 17 años que están de luto por la muerte de una persona significativa en sus vidas. Camp Erin combina la educación de duelo y el apoyo emocional con divertidas actividades tradicionales de un campamento. Nuestros profesionales de duelo y voluntarios capacitados proporcionan un ambiente de cuidado para que los campistas exploren su dolor, aprendan habilidades esenciales para hacer frente a este y hagan amigos con compañeros que también están sufriendo una pérdida.

Tomando en consideración que el COVID-19 sigue presente, es posible que tengamos que modificar el programa del campamento (cambiar a un solo día de campamento, conducirlo de manera virtual, o posponer la fecha) si aumenta la preocupación por la salud o seguridad. Nuestra meta es proveer a nuestros participantes el apoyo que necesitan, mientras aseguramos la salud y seguridad de nuestros campistas, voluntarios y empleados.

Para registrar a su niño(os) en Camp Erin, por favor complete los siguientes pasos.

1. **SOMETA LA APLICACIÓN:** Complete y someta una aplicación por niño a CampErin@catholichospice.org. Por favor, envíe adjunto copia de la tarjeta del plan médico de su niño (si aplica).
2. **COMPLETE LA ENTREVISTA FAMILIAR:** Luego de completar la aplicación, un miembro del equipo de Camp Erin lo estará contactando para agendar una entrevista familiar donde se repasará su aplicación(es) y se familiarizará a su familia con nuestro programa. La entrevista también nos ayudará a conocer a su niño(os) y determinar si están listos para participar del campamento y si Camp Erin es la ayuda que necesitan en este momento.
3. **PARTICIPAR DE LA ORIENTACION "SAVE YOUR SPOT":** "Save Your Spot" es una oportunidad para usted y su campista(as) de conocer al equipo de Camp Erin y a otros campistas, a la vez de obtener más información sobre que esperar durante el campamento. **La asistencia a esta actividad es requerida** y confirmará el lugar de su niño(os) en el campamento. Detalles sobre "Save Your spot" se proveerán luego de la entrevista familiar.
4. **ASISTIR AL CAMPAMENTO:** Una vez haya completado los pasos previos, lo único que faltará es que su niño(os) asista al campamento! Luego de asistir al campamento por primera vez, los campistas pueden participar nuevamente una vez al año.

Si tiene preguntas o necesita asistencia, por favor contacte nuestro equipo al **(954) 944-2709**, o via correo electrónico a CampErin@catholichospice.org.

Nuestros mejores deseos,

Gian Carla Santayana, MS, LMFT
Manager, Special Programs | Catholic Hospice, Inc.
14875 NW 77th Avenue #100, Miami Lakes, FL 33014
Website: www.campერinsouthflorida.org



**INDIQUE A CUAL CAMPAMENTO ESTA
APLICANDO: (SELECCIONE UNO)**

PRIMAVERA: Marzo 17-19, 2023 @
Camp Owaissa Bauer (Homestead, FL)
OTONO: (Detalles serán provistos más
adelante)

LISTA DE VERIFICACION PARA LA APLICACION DEL CAMPISTA

Nombre del Niño: _____ Género: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Dirección del Niño: _____

Talla de Camiseta: (Marque uno) Small Niño (6-8) Mediano Niño (10-12) Large Niño (14-16)

Adulto S

Adulto M

Adulto L

Adulto XL

Raza/Origen Étnico: (Marque todas las que correspondan) Negro/Afroamericano Blanco/Caucásico

Hispano/Latino Asiático

Multiracial

Otro: _____

Preocupaciones Principales y lo que espera que su hijo gane al asistir a Camp Erin: _____

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

En caso afirmativo, ¿qué le gustaría que su hijo ganara esta vez asistiendo a Camp Erin? _____

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

Por favor indique si necesitara asistencia de transportacion (SOLO PARA EL CAMPAMENTO EN OWAISSA BAUER, HOMESTEAD)

BROWARD BUS: 4790 N State Road 7, Lauderdale Lakes, FL 33319

MIAMI BUS: 14875 NW 77th Avenue, Miami Lakes, FL 33014

DIRECTO: No, Yo llevaré y recogeré a mi campista en el lugar del campamento.

Ha recibido su hijo la vacuna contra el COVID-19? (Marque uno) SI NO Prefiero no contestar

¿Afilación Militar: (Marque uno) Si No Si es si, qué rama?: _____

¿El candidato a campista cualifica para, o recibe almuerzo gratis o reducido en la escuela? (Marque una) SI NO

¿Era el fallecido un cuidador importante del campista? SI NO

Nombre del padre o guardian Completando la Solicitud: _____ Relación: _____

Correo electrónico: _____ Número de Teléfono: _____

Nombre de Persona Contacto en Emergencia: _____ Relación: _____

Número Telefónico: _____ Celular: _____

¿Cómo escuchó acerca de Camp Erin? _____



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

Marque 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)

Aislamiento/soledad

Cree que la muerte fue su culpa

Llorando

Uso de drogas/Alcohol

Pensamientos suicidas/lo habla

Ansiedad por separación

Miedo/Temor a _____

Ira/Agresividad

Otro:

Depresión/Tristeza

Cree que la muerte es un castigo

Causando daño a los parientes

Pesadillas

Dificultad con: (Marque todas las que correspondan)

Energía

Peso

Asistencia a la escuela

Autoestima

Describe 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. _____





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.

Describe cualquier problema de salud y/o problemas que tenga su hijo (es decir, limitaciones físicas, restricciones dietéticas, uso de lentes correctivos (anteojos/lentes de contacto), historial médico significativo, etc. Si no hay ninguno, escriba "NINGUNO": _____

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: _____

Nombre de Persona Contacto en Emergencia: _____ Relación: _____

Número Telefónico: _____ Celular: _____

***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.

Por favor, verifique aquí si NO da su consentimiento y autoriza que su hijo aparezca en fotografías y/o entrevistas con respecto al Camp Erin® y sus actividades.

Nombre del Padre/Tutor Legal

Nombre del Representante de Catholic Hospice

Firma

Firma

Fecha

Fecha