



Queridas familias posibles campistas:

¡Nos pone muy contentos su interés en Camp Erin® South Florida y nuestro Campamento Familiar que tendrá lugar el **Sábado 21 de Junio de 2025!**

El Campamento Familiar Camp Erin South Florida es un campamento de duelo gratuito para aquellos jóvenes (de 6 a 17 años) y sus familias que hayan sufrido la muerte de un ser querido. Las familias asistirán a una experiencia de campamento de un día que combina educación y apoyo emocional ante el duelo con actividades de campamento divertidas y tradicionales. Bajo el liderazgo de profesionales expertos en duelo y voluntarios empáticos, las familias encontrarán un ambiente de apoyo para explorar su dolor, aprender habilidades esenciales para sobrellevar el duelo y experimentar la unión con otras familias que también están atravesando un duelo.

Para postularse para asistir a nuestro próximo Campamento Familiar, complete los siguientes pasos:

**ENVIAR UNA SOLICITUD FAMILIAR:** Complete y envíe **una solicitud por unidad familiar** a nuestro equipo por correo electrónico a **CampErin@catholichospice.org**. Esta solicitud debe incluir a todos los familiares **directos**. Si a algún integrante de su familia extendida también le gustaría asistir al campamento, complete una solicitud por separado. *(TENGA EN CUENTA: La información incluida en la solicitud nos ayuda a asegurar la financiación para seguir ofreciendo Camp Erin de forma gratuita. No se utiliza para determinar la aceptación.)*

**COMPLETAR UNA ENTREVISTA FAMILIAR:** Después de recibir la solicitud de su familia, un miembro del equipo de Camp Erin se pondrá en contacto con usted para programar una entrevista familiar. Las entrevistas familiares se programarán entre el 19 de junio y el 12 de julio, y se llevarán a cabo de forma virtual o presencial. Durante la entrevista, revisaremos su solicitud, conoceremos más sobre su familia y sabremos si Camp Erin es lo que su familia necesita.

**ASISTIR A NUESTRA ORIENTACIÓN “RESERVE SU LUGAR” (“SAVE YOUR SPOT”):** Su asistencia a “Reserve su lugar” es una oportunidad para que su familia conozca a nuestro equipo y otras familias de campistas, así como para aprender más sobre lo que puede esperar de Camp Erin, mientras asegura su lugar en el campamento. Los detalles de la orientación se compartirán durante o después de su entrevista familiar.

**ASISTIR AL CAMPAMENTO:** Una vez que haya completado los pasos anteriores, ¡lo único que resta es que su familia asista al campamento!

¡Los lugares son limitados, así que apúrese a presentar su solicitud! **El último día para postularse es el Viernes 6 de Junio de 2025.**

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar su solicitud, comuníquese con nuestro equipo por teléfono al **(954) 944-2709** o por correo electrónico a **CampErin@catholichospice.org**. Consulte también la siguiente página para ver nuestras “Preguntas Frecuentes”, que pueden responder a las preguntas que pueda tener sobre cómo completar la solicitud.

Cordialmente,

**The Camp Erin South Florida Team**

Catholic Hospice, Inc.

14875 NW 77th Avenue #100, Miami Lakes, FL 33014

Website: [www.campersinsouthflorida.org](http://www.campersinsouthflorida.org)

Instagram: @CampErinSouthFlorida



## **PREGUNTAS FRECUENTES**

### **¿Cuánto cuesta participar?**

Camp Erin se ofrece a las familias SIN COSTO... ¡Es GRATIS!

### **¿Qué incluye nuestra inscripción?**

Todo, desde los materiales y la camiseta del campamento hasta las comidas (almuerzo y cena del sábado), está incluido en nuestro programa de campamento familiar. Durante todo el campamento también habrá disponibilidad de agua y refrescos. Se compartirán más detalles durante nuestra orientación familiar para campistas "Reserve su lugar", incluso qué llevar y usar en el campamento.

### **¿Quién completa la solicitud?**

Un **padre/tutor legal** debe completar la solicitud para la familia.

### **¿Un padre/tutor debe asistir al campamento con mis hijos?**

**¡Sí!** Cada campista debe asistir al menos con un (1) padre/tutor legal, ya que este es un campamento FAMILIAR.

### **¿A quién incluyo en la solicitud familiar?**

Incluya **a todos los miembros de la unidad familiar directa** que asistirán al campamento, lo que incluye niños y adolescentes (6 a 17 años) y adultos dentro de la misma unidad familiar, como adultos jóvenes (18 años o más), otro padre y/o abuelos que viven en el mismo hogar. Los adultos adicionales que no sean el padre/tutor legal de los postulantes jóvenes deben completar una solicitud por separado. La solicitud tiene espacio para incluir hasta 3 niños y 2 adultos adicionales. Sin embargo, si necesita incluir más niños y adultos, complete nuestro formulario "Campistas adicionales".

### **Si los primos o amigos de mis hijos quieren ir al campamento, ¿pueden ir con nuestra familia?**

¡Los primos y amigos de sus hijos son bienvenidos a sumarse a nuestro campamento! Sin embargo, RECOMENDAMOS ENCARECIDAMENTE que asistan con su familia, incluidos su padre/tutor legal. Uno de los objetivos de nuestro campamento familiar es ayudar a construir una red de apoyo familiar para cada campista. Tenga en cuenta que todos los padres/tutores legales de todos los jóvenes (6 a 17 años) que asistan al campamento deben completar una solicitud y un formulario de consentimiento para él/ella/ellos.

### **¿Hay requisitos adicionales que debemos completar?**

Además de completar la solicitud, la entrevista familiar y asistir a nuestra orientación para campistas "Reserve su lugar", cada familia también debe **presentar un formulario de consentimiento**. Tenemos un formulario de consentimiento para el padre/tutor legal principal y los campistas jóvenes (6 a 17 años). El padre/tutor legal debe firmar para todos sus campistas jóvenes. Todo adulto adicional (18 años o más) debe completar un formulario de consentimiento por separado para sí mismo.

### **Si sucede algo y necesitamos atención médica, ¿habrá alguien que brinde asistencia?**

Nuestro(s) **enfermero(s) del campamento** estará(n) presente(s) durante todo el programa del campamento. Tenemos insumos médicos básicos y medicamentos de venta libre para tratar problemas como dolores de cabeza y cortes. En situaciones de emergencia que requieran atención médica seria, nos comunicaremos con el 911. Si alguien de su familia necesita tomar algún medicamento, llévelo en sus contenedores originales y los padres/tutores legales serán los encargados de administrarlo según sea necesario.

### **¿Tienen recursos adicionales para ayudar a mi familia con el duelo?**

**¡POR SUPUESTO QUE SÍ!** ¡Póngase en contacto con nuestro equipo en [CampErin@catholichospice.org](mailto:CampErin@catholichospice.org) o (954) 944-2709 y estaremos encantados de ayudarle! También puede visitar el sitio web de Eluna, que tiene muchos recursos centrados en el duelo y la pérdida: [www.elunanetwork.org](http://www.elunanetwork.org).

**SI TIENE CUALQUIER OTRA PREGUNTA, PÓNGASE EN CONTACTO CON NUESTRO EQUIPO EN  
[CAMPERIN@CATHOLICHOSPICE.ORG](mailto:CAMPERIN@CATHOLICHOSPICE.ORG) O (954) 944-2709.**



APELLIDO: \_\_\_\_\_

## SOLICITUD CAMPAMENTO FAMILIAR CAMP ERIN SOUTH FLORIDA

COMPLETE ESTA SOLICITUD PARA ADULTOS Y NIÑOS QUE FORMEN PARTE DE SU UNIDAD FAMILIAR DIRECTA. LOS NIÑOS Y ADULTOS ADICIONALES QUE NO SEAN TUTORES LEGALES DE LOS POSTULANTES A CAMPISTAS JÓVENES INCLUIDOS DEBEN COMPLETAR UN FORMULARIO DE SOLICITUD Y CONSENTIMIENTO POR SEPARADO.

### INFORMACIÓN DEL TUTOR PRINCIPAL

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Nombre preferido: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Género: ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ No binario Pronombres preferidos: \_\_\_\_\_ Talla de camiseta: \_\_\_\_\_  
(Ejemplos: Ella/de ella, Él/de él, Ellos/de ellos) (Tallas disponibles: Adulto Pequeño-3XL)

Raza/etnia (Marque TODAS las opciones que correspondan): ☐ Negro/Afroamericano ☐ Blanco/Caucásico  
☐ Hispano/Latino ☐ Asiático ☐ Multirracial ☐ Otro (por favor indique): \_\_\_\_\_

Teléfono particular: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ ¿Podemos enviarle mensajes de texto? ☐ Sí ☐ No

Mejor momento para contactar: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección particular: \_\_\_\_\_

¿Cuál es su relación con... *el(los) niño(s) que se están postulando?*: \_\_\_\_\_ ¿Fallecido(s)? \_\_\_\_\_

¿El padre o tutor legal es miembro militar Activo, de la Reserva o de la Guardia Nacional o Veterano Militar?

☐ Sí ☐ No Si la respuesta es Sí, ¿de qué rama? \_\_\_\_\_

¿La persona fallecida era miembro militar Activo, de la Reserva o de la Guardia Nacional o Veterano Militar?

☐ Sí ☐ No Si la respuesta es Sí, ¿de qué rama? \_\_\_\_\_

¿La persona fallecida era cuidador significativo del campista? ☐ Sí ☐ No

¿Sus campistas jóvenes califican para recibir o reciben almuerzo gratis o de costo reducido en la escuela? ☐ Sí ☐ No

¿Alguno de sus familiares que asisten al campamento o la persona fallecida es o era trabajador de atención médica de primeralínea?

☐ Sí ☐ No Si la respuesta es Sí, ¿quién? \_\_\_\_\_

¿Alguien en la familia ya ha sido campista en Camp Erin?

☐ Sí ☐ No Si la respuesta es Sí, ¿quién? \_\_\_\_\_

Cuántos miembros de su familia asisten al campamento y son...

¿Niños (menores de 18 años)? \_\_\_\_\_ ¿Adultos (18 años o más)? \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

1. NOMBRE: \_\_\_\_\_ RELACIÓN CON LOS CAMPISTAS: \_\_\_\_\_

TELÉFONO PARTICULAR: \_\_\_\_\_ TELÉFONO MÓVIL: \_\_\_\_\_



APELLIDO:

## INFORMACIÓN DE CAMPISTA

### CAMPISTAS JÓVENES

INCLUYA A TODOS LOS NIÑOS MENORES DE EDAD (6 A 17 AÑOS) DE LOS QUE USTED SEA PADRE/TUTOR LEGAL Y QUE ASISTIRÁN AL CAMPAMENTO.

- |  |   |                     |      |
|--|---|---------------------|------|
| Nombre y Apellido  | Nombre Preferido                              | Fecha de Nacimiento | Edad |
| <hr/>  |   |                     |      |
| Género (Masculino/Femenino/No binario)   | Pronombres Preferidos (por ej., Ella/de ella) | Raza/Etnia          |      |
| <hr/>  |   |                     |      |
| El(La) joven está recordando a... (Nombre de la persona fallecida/relación con el campista) Talla de Camiseta (indique talla de Joven o Adulto; disponible de Pequeño a 3XL) |   |                     |      |
- |  |   |                     |      |
|--|---|---------------------|------|
| Nombre y Apellido  | Nombre Preferido                              | Fecha de Nacimiento | Edad |
| <hr/>  |   |                     |      |
| Género (Masculino/Femenino/No binario)   | Pronombres preferidos (por ej., Ella/de ella) | Raza/Etnia          |      |
| <hr/>  |   |                     |      |
| El(La) joven está recordando a... (Nombre de la persona fallecida/relación con el campista) Talla de Camiseta (indique talla de Joven o Adulto; disponible de Pequeño a 3XL) |   |                     |      |
- |  |   |                     |      |
|--|---|---------------------|------|
| Nombre y Apellido  | Nombre Preferido                              | Fecha de Nacimiento | Edad |
| <hr/>  |   |                     |      |
| Género (Masculino/Femenino/No binario)   | Pronombres Preferidos (por ej., Ella/de ella) | Raza/Etnia          |      |
| <hr/>  |   |                     |      |
| El(La) joven está recordando a... (Nombre de la persona fallecida/relación con el campista) Talla de Camiseta (indique talla de Joven o Adulto; disponible de Pequeño a 3XL) |   |                     |      |

### CAMPISTAS ADULTOS

INCLUYA A CUALQUIER OTRO ADULTO (18+) QUE VAYA A ASISTIR AL CAMPAMENTO (POR EJ., OTRO PADRE, HIJOS ADULTOS, ABUELOS QUE VIVEN EN EL MISMO HOGAR) QUE NO SEA EL PADRE/TUTOR PRINCIPAL. LOS ADULTOS ADICIONALES QUE NO SEAN TUTORES LEGALES DE LOS POSTULANTES A CAMPISTAS JÓVENES MENCIONADOS ANTES Y NO PERTENEZCAN A LA MISMA UNIDAD FAMILIAR DIRECTA DEBEN COMPLETAR UNA SOLICITUD POR SEPARADO.

- |   |   |                     |      |
|---|---|---------------------|------|
| Nombre y Apellido   | Nombre Preferido                              | Fecha de Nacimiento | Edad |
| <hr/>   |   |                     |      |
| Género (Masculino/Femenino/No binario)  | Pronombres Preferidos (por ej., Ella/de ella) | Raza/Etnia          |      |
| <hr/>   |   |                     |      |
| El adulto está recordando a... (Nombre de la persona fallecida/relación con el campista) Talla de Camiseta (indique talla de Joven o Adulto; disponible de Pequeño a 3XL) |   |                     |      |
- |   |   |                     |      |
|---|---|---------------------|------|
| Nombre y Apellido   | Nombre Preferido                              | Fecha de Nacimiento | Edad |
| <hr/>   |   |                     |      |
| Género (Masculino/Femenino/No binario)  | Pronombres Preferidos (por ej., Ella/de ella) | Raza/Etnia          |      |
| <hr/>   |   |                     |      |
| El adulto está recordando a... (Nombre de la persona fallecida/relación con el campista) Talla de Camiseta (indique talla de Joven o Adulto; disponible de Pequeño a 3XL) |   |                     |      |



APELLIDO:

## HISTORIA DE DUELO DE LA FAMILIA

Nombre(s) del(de los) ser(es) querido(s) que falleció(fallecieron): \_\_\_\_\_

Fecha(s) de fallecimiento: \_\_\_\_\_ Edad(es) de la(s) persona(s) fallecida(s) al momento de la muerte: \_\_\_\_\_

Causa(s) de la muerte: \_\_\_\_\_

¿Qué sabe(n) el(los) niño(s) sobre la muerte?: \_\_\_\_\_

Describa el estilo de comunicación de su familia con respecto a la muerte (Marque una opción)

☐ Abierto

☐ Adecuado

☐ Muy escaso

☐ Se evita

☐ Sin comunicación

¿Alguno de los niños estaba presente en el momento de la muerte? ☐ Sí ☐ No

*Si la respuesta es Sí, ¿quién?* \_\_\_\_\_

Describa brevemente su propia experiencia y/o reacciones y las de su(s) hijo(s) frente a la pérdida: \_\_\_\_\_

¿Alguno de sus hijos asistió al funeral/servicio conmemorativo? ☐ Sí ☐ No

*Si la respuesta es Sí, ¿cuáles fueron las reacciones del campista al servicio? Si la respuesta es No, ¿hubo alguna razón por la que no asistieron?*

¿Cómo describiría su relación y la de su(s) hijo(s) con la persona fallecida? \_\_\_\_\_

Indique otros factores que podrían afectar el duelo del(de los) niño(s) (por ej., cambios, enfermedad, reubicación, divorcio, historia de abuso, nuevo matrimonio, finanzas, otras pérdidas): \_\_\_\_\_

¿Alguien de su familia recibe o ha recibido apoyo (por ej., orientación en cualquier entorno)? ☐ Sí ☐ No

*Si la respuesta es Sí, describa:* \_\_\_\_\_

Hay algo más que debemos saber para servirle mejor a usted y a su familia (por ej., costumbres, creencias o inquietudes familiares, culturales o religiosas)? \_\_\_\_\_



APELLIDO: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE SALUD DE LA FAMILIA

COMPLETE ESTE FORMULARIO PARA LOS MIEMBROS DE SU UNIDAD FAMILIAR DIRECTA QUE TIENEN CUALQUIER TIPO DE ALERGIA, PROBLEMA O AFECCIÓN.

### ALERGIAS O RESTRICCIONES DIETÉTICAS

a) Nombre del campista: \_\_\_\_\_ Alergias: \_\_\_\_\_

Reacción : \_\_\_\_\_ \*¿Necesita medicamentos? ☐ Sí ☐ No

*Si la respuesta es Sí, indique:* \_\_\_\_\_

b) Nombre del campista: \_\_\_\_\_ Alergias: \_\_\_\_\_

Reacción : \_\_\_\_\_ \*¿Necesita medicamentos? ☐ Sí ☐ No

*Si la respuesta es Sí, indique:* \_\_\_\_\_

c) Nombre del campista: \_\_\_\_\_ Alergias: \_\_\_\_\_

Reacción : \_\_\_\_\_ \*¿Necesita medicamentos? ☐ Sí ☐ No

*Si la respuesta es Sí, indique:* \_\_\_\_\_

d) Nombre del campista: \_\_\_\_\_ Alergias: \_\_\_\_\_

Reacción : \_\_\_\_\_ \*¿Necesita medicamentos? ☐ Sí ☐ No

*Si la respuesta es Sí, indique:* \_\_\_\_\_

### PROBLEMAS DE SALUD ADICIONALES

Describa cualquier problema de salud o restricción adicional que debamos tener en cuenta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### SEGURO DE SALUD

¿Usted tiene seguro médico? ☐ Sí ☐ No

¿Sus hijos tienen seguro médico? ☐ Sí ☐ No

No ¿Los otros adultos de su unidad familiar directa tienen seguro médico? ☐ Sí ☐ No

**\*SI RESPONDIÓ SÍ A CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS, ADJUNTE UNA COPIA DE LA TARJETA DE SEGURO DE SALUD DE CADA PERSONA A LA SOLICITUD.**

¿Hay un hospital que sea de uso obligatorio en su seguro? ☐ Sí ☐ No

*Si la respuesta es Sí, indique el nombre y la dirección del hospital elegido:* \_\_\_\_\_

(Continúa en la página siguiente...)



APELLIDO:

## INFORMACIÓN DE SALUD DE LA FAMILIA (CONTINUACIÓN)

### MEDICAMENTOS

Haga una lista de todos los medicamentos\* (con o sin receta) que el(los) miembro(s) de su unidad familiar directa necesita(n) o pueda(n) necesitar tomar mientras esté(n) en el campamento.

Nombre del miembro de la familia	Nombre del Medicamento	Dosis	Frecuencia	Médico que lo recetó	Motivo para tomarlo

**\*TRAIGA CUALQUIER MEDICAMENTO RECETADO QUE USTED O CUALQUIERA DE SUS FAMILIARES PUEDAN NECESITAR EN SUS CONTENEDORES ORIGINALES.**

COMO PADRE/TUTOR LEGAL DE LAS PERSONAS MENCIONADAS ARRIBA, AUTORIZO PLENAMENTE A QUE EL PERSONAL O LOS AGENTES DE CAMP ERIN® SOUTH FLORIDA OBTENGAN ATENCIÓN MÉDICA O TRATAMIENTO PARA DICHOS JÓVENES. ESTE TRATAMIENTO PUEDE INCLUIR LA ASISTENCIA DEL MÉDICO, LA CLÍNICA DE ASISTENCIA MÉDICA, EL HOSPITAL, EL ENFERMERO HABILITADO, EL PARAMÉDICO U OTRO PROFESIONAL DE LA SALUD QUE SE ENCUENTRE MÁS CERCANO EN CASO DE ENFERMEDAD O LESIÓN QUE REQUIERA ATENCIÓN INMEDIATA SEGÚN LO DETERMINADO POR EL PERSONAL DEL CAMPAMENTO ERIN SOUTH FLORIDA. SI SE PRESENTA UNA EMERGENCIA Y NO PUEDO SER CONTACTADO, AUTORIZO A LA INSTITUCIÓN MÉDICA TRATANTE Y/O A LOS PROVEEDORES DE ASISTENCIA MÉDICA A BRINDAR CUALQUIER ATENCIÓN MÉDICA NECESARIA PARA MI HIJO. ADEMÁS, AUTORIZO A CAMP ERIN SOUTH FLORIDA Y SUS AGENTES A DIVULGAR CUALQUIER PARTE Y LA TOTALIDAD DE LA INFORMACIÓN QUE CONSIDEREN APROPIADA Y SEGÚN SEA NECESARIO PARA ASEGURAR LA ADECUADA ATENCIÓN DE MI HIJO. ACEPTO QUE SOY RESPONSABLE DE CUALQUIER ATENCIÓN BRINDADA A MI HIJO Y QUE INDEMNIZARÉ Y EXIMIRÉ DE RESPONSABILIDAD A CAMP ERIN POR DICHA ATENCIÓN O LOS COSTOS O GASTOS RELACIONADOS.

Firma del Padre/Tutor

Nombre impreso del Padre/Tutor

Fecha



APELLIDO:

## INFORMACIÓN DE CAMPISTA ADICIONAL

COMPLETE ESTA PÁGINA PARA CUALQUIER NIÑO MENOR ADICIONAL (6 A 17 AÑOS) DE QUIEN USTED SEA PADRE/TUTOR LEGAL Y/O ADULTOS ADICIONALES (18+) DE SU UNIDAD FAMILIAR (POR EJ., OTRO PADRE, HIJOS ADULTOS Y/O ABUELOS QUE VIVEN EN EL MISMO HOGAR) QUE ASISTIRÁN AL CAMPAMENTO. ENVÍE ESTA PÁGINA JUNTO CON SU SOLICITUD FAMILIAR Y LOS FORMULARIOS DE CONSENTIMIENTO.

CUALQUIER NIÑO O ADULTO QUE NO PERTENEZCA A SU UNIDAD FAMILIAR DIRECTA DEBE COMPLETAR UNA SOLICITUD POR SEPARADO. EL PADRE/TUTOR LEGAL DEL(DE LOS) NIÑO(S) QUE NO PERTENEZCA(N) A SU UNIDAD FAMILIAR DIRECTA DEBE COMPLETAR LA SOLICITUD PARA SU(S) HIJO(S).

### CAMPISTAS JÓVENES ADICIONALES

1.

Nombre y Apellido	Nombre Preferido	Fecha de Nacimiento	Edad
Género (Masculino/Femenino/No binario)		Pronombres Preferidos (por ej., Ella/de ella)	Raza/Etnia
El(La) joven está recordando a... (Nombre de la persona fallecida/relación con el campista) Talla de Camiseta (indique talla de Joven o Adulto; disponible de Pequeño a 3XL)			

2.

Nombre y Apellido	Nombre Preferido	Fecha de Nacimiento	Edad
Género (Masculino/Femenino/No binario)		Pronombres Preferidos (por ej., Ella/de ella)	Raza/Etnia
El(La) joven está recordando a... (Nombre de la persona fallecida/relación con el campista) Talla de Camiseta (indique talla de Joven o Adulto; disponible de Pequeño a 3XL)			

### CAMPISTAS ADULTOS ADICIONALES

1.

Nombre y Apellido	Nombre Preferido	Fecha de Nacimiento	Edad
Género (Masculino/Femenino/No binario)		Pronombres Preferidos (por ej., Ella/de ella)	Raza/Etnia
El adulto está recordando a... (Nombre de la persona fallecida/relación con el campista) Talla de Camiseta (indique talla de Joven o Adulto; disponible de Pequeño a 3XL)			

2.

Nombre y Apellido	Nombre Preferido	Fecha de Nacimiento	Edad
Género (Masculino/Femenino/No binario)		Pronombres Preferidos (por ej., Ella/de ella)	Raza/Etnia
El adulto está recordando a... (Nombre de la persona fallecida/relación con el campista) Talla de Camiseta (indique talla de Joven o Adulto; disponible de Pequeño a 3XL)			