



Estimados padres/madres/tutores:

¡Nos entusiasma saber de su interés en Camp Erin® South Florida!

Camp Erin es un campamento de duelo gratuito para jóvenes que están de duelo por la muerte de una persona importante en su vida. Los niños y adolescentes de 6 a 17 años viven una experiencia de campamento que combina el apoyo en el duelo con divertidas actividades de campamento. Dirigido por profesionales expertos en duelo y voluntarios empáticos, Camp Erin ofrece un entorno seguro para que los niños, adolescentes y sus cuidadores adultos exploren su duelo, aprendan habilidades esenciales para afrontarlo y se hagan amigos de otros chicos que también están de duelo. A través de nuestra asociación con Eluna Network, ¡estamos encantados de traer Camp Erin a la comunidad del sur de Florida!

Para inscribirse en Camp Erin, complete los siguientes pasos.

1. **ENVÍE UNA SOLICITUD DE CAMPISTA:** Complete y envíe una solicitud de campista por joven a CampErin@catholichospice.org. Adjunte también una copia de la tarjeta de seguro médico del joven (si corresponde).
2. **COMPLETE UNA ENTREVISTA FAMILIAR:** Después de recibir su solicitud, un miembro del equipo de Camp Erin se pondrá en contacto con usted para programar una entrevista familiar (una por familia) para revisar su solicitud y ayudar a su familia a familiarizarse con nuestro programa de campamento. La entrevista también nos ayudará a conocer al posible campista y determinar su preparación para el campamento, así como a saber si Camp Erin se ajusta a sus necesidades del momento.
3. **ASISTA A LA ORIENTACIÓN PARA CAMPISTAS "RESERVE SU LUGAR" ("SAVE YOUR SPOT"):** "Reserve su lugar" es una oportunidad para que usted y su campista conozcan a nuestro equipo de Camp Erin y a otros campistas, y aprendan más sobre qué esperar en el campamento. La asistencia es obligatoria y confirmará el lugar del campista en el campamento. Los detalles de la orientación "Reserve su lugar" se compartirán después de la entrevista familiar.
4. **ASISTA AL CAMPAMENTO:** Una vez que haya completado los pasos anteriores, ¡lo único que queda es que el campista asista al campamento! Después de asistir a Camp Erin por primera vez, los campistas pueden volver cada año.

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.

Atentamente,
El equipo de Camp Erin South Florida

Camp Erin South Florida es traído a usted por Catholic Hospice en asociación con Eluna Network
14875 NW 77th Avenue #100, Miami Lakes, FL 33014
Sitio web: www.camperinsouthflorida.org | Instagram: [@CampErinSouthFlorida](https://www.instagram.com/CampErinSouthFlorida)





CAMPER NAME:

LISTA DE VERIFICACIÓN DE SOLICITUD PARA CAMP ERIN SOUTH FLORIDA

FOR OFFICE USE ONLY:

Date Application Received on: _____

Form/Task -

Staff Initials & Date Completed

- Camper Application
- Camper Bereavement History
- Camper Medical Information
- Insurance Cards Attached (if applicable)
- Custody Release Form
- Privacy Release Form
- Eluna Consent Form
- Family Interview
- Education on Measles Provided
- Attended "Save Your Spot"

Additional Comments: _____

Verified by Staff: _____ on _____



NOMBRE DEL CAMPISTA:

SOLICITUD DEL CAMPISTA

Nombre completo del joven: _____ Nombre preferido: _____

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): _____ Edad: _____ Talle de camiseta: _____

Dirección postal del joven (calle/ciudad/estado/código postal): _____

Raza/Etnia (marque TODOS los que correspondan): Negro/Afroamericano Blanco/Caucásico
 Hispano/Latino Asiático Multirracial Otro (indique): _____

El joven debe alojarse en la siguiente cabaña (marque la preferencia): Femenina Masculina

¿El joven ha asistido a Camp Erin anteriormente? Si la respuesta es Sí, Año/Lugar: _____ Sí No

¿Ha hablado con el joven sobre la posibilidad de asistir a Camp Erin? Sí No

Principales inquietudes o qué espera que el joven gane al asistir a Camp Erin: _____

¿Hay algo que le gustaría que supiéramos para que el joven tenga una experiencia positiva en Camp Erin?

(SOLO PARA CAMPAMENTOS EN DADE) Indique si necesitará asistencia con el transporte. Sí No

¿Alguien de la familia tiene afiliación militar? Si la respuesta es Sí, qué Rama: _____ Sí No

¿La persona fallecida era un cuidador importante del joven? Sí No

En el último año, ¿calificó usted o algún miembro de su familia para un programa de ayuda pública? Sí No

Nombre en imprenta del padre/madre/tutor legal: _____

Relación con el joven: _____ Número de teléfono: _____

Mejor momento para contactarlo: _____ ¿Puede recibir mensajes de texto? Sí No

Correo electrónico (escriba claro en imprenta): _____

Contacto de emergencia (distinto del padre/madre/tutor): _____

Relación con el joven: _____ Número de teléfono: _____

AL FIRMAR ABAJO, CERTIFICO QUE TODA LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTA SOLICITUD ES VERDADERA, COMPLETA Y CORRECTA A MI LEAL SABER Y ENTENDER. TAMBIÉN CERTIFICO QUE SOY EL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL DEL JOVEN ARRIBA MENCIONADO, DENOMINADO EN ESTE FORMULARIO COMO "JOVEN".

Firma del padre/madre/tutor legal: _____ Fecha: _____

¿Cómo supo de Camp Erin? _____





NOMBRE DEL CAMPISTA:

HISTORIAL DE DUELO

INCLUYA TANTOS DETALLES COMO LE SEA POSIBLE CUANDO RESPONDA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS. ENTENDEMOS QUE RESPONDER A ALGUNAS DE ESTAS PREGUNTAS PUEDE SER DIFÍCIL; SIN EMBARGO, QUEREMOS PODER BRINDAR AL JOVEN LA MEJOR ATENCIÓN POSIBLE.

Nombre completo de la persona fallecida: _____ **Relación con el joven:** _____

Fecha de muerte: _____ **Edad de la persona fallecida al momento de la muerte:** _____

¿La muerte fue anticipada o repentina? _____ **Causa de muerte:** _____

Describe cómo se explicó la muerte al joven: _____

¿Cómo describiría el estilo de comunicación de su familia en relación con la muerte? (Marque uno)

Abierto Adecuado Muy poco Evitativo Ninguno

Marque si alguna de las siguientes afirmaciones es VERDADERA:

- El joven estuvo presente al momento de la muerte.
- El joven no entiende los hechos sobre la causa de muerte de la persona fallecida.
- El joven actualmente recibe apoyo profesional. En caso afirmativo, explique: _____
- Esta no es la primera experiencia del joven con la muerte. En caso afirmativo, explique: _____

Indique otros cambios/situaciones de estrés en la vida del joven (por ejemplo, enfermedad, traslado, divorcio, historia de abuso, nuevo matrimonio, finanzas, otras pérdidas) _____

Describe cómo el joven indica que está de duelo. ¿Habla abiertamente sobre la persona fallecida? _____

Reacción ante la pérdida: (marque todos los comportamientos que el joven ha presentado tras la muerte del ser querido)

- Retiro/aislamiento Uso de drogas/alcohol Temor de _____
- Depresión/tristeza Autolesiones/lesiones a otros Cree que la muerte fue su culpa
- Pensamientos/palabras suicidas Ira/agresividad Cree que la muerte es un castigo
- Pesadillas Crisis de llanto Ansiedad por separación
- Otro (describa): _____

Dificultad con: (circule todos los que correspondan) Energía Peso Asistencia a la escuela Autoestima

Describe la personalidad del joven y cualquier necesidad especial (idioma, discapacidad o necesidades religiosas), costumbres familiares, aspectos culturales, comportamientos o estados de ánimo que debemos conocer para atender mejor al joven. _____



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA ATENCIÓN MÉDICA/QUIRÚRGICA, TRATAMIENTO DE URGENCIA 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.

Describa 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 que lo recetó	Motivo para tomarlo

***TRAIGA LOS MEDICAMENTOS EN SUS ENVASES ORIGINALES.**

Enumere todas las alergias (es decir, alergias alimentarias, medicamentosas y de cualquier otro tipo) e indique las reacciones: _____

¿Su hijo es tratado por un médico/pediatra de atención primaria? Sí No

Nombre del médico de atención primaria del joven: _____ Número de teléfono: _____

Dirección del médico: _____

¿Su hijo tiene seguro médico? Sí No ***SI LA RESPUESTA ES SÍ, ADJUNTE TARJETA DE SEGURO MÉDICO.**

Nombre de la compañía de seguro médico: _____ Número de teléfono: _____

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

Firma del titular de la póliza: _____ Fecha: _____

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





FORMULARIO DE CUSTODIA

Nombre del campista: _____

Fecha de nacimiento del campista: _____

Soy el padre/madre/tutor legal del joven campista identificado arriba. Por la presente autorizo y ordeno a Camp Erin®, su personal o sus voluntarios a entregar al joven campista a la(s) siguiente(s) persona(s) durante o al final de Camp Erin con el propósito de transportar o de otra manera asumir la custodia del joven campista:

Nombre de la persona autorizada: _____

Dirección (calle/ciudad/estado/código postal): _____

Número de teléfono: _____

Número de teléfono celular: _____

Correo electrónico: _____

Si es necesario que mi hijo(a) deje Camp Erin antes del término del programa por motivo de enfermedad, herida o problemas de comportamiento, y no pueden localizarme, autorizo que mi hijo(a) sea entregado(a) a la custodia de la persona identificada arriba. Entiendo que Camp Erin puede exigir una identificación con foto de cualquier persona que recoja al joven campista de Camp Erin, incluso a mí.

Por el presente, libero a Camp Erin, su personal, voluntarios y representantes de responsabilidad por entregar al joven campista a la persona identificada arriba.

Entiendo y estoy de acuerdo en que, en caso de tener que recibir atención médica u otra urgencia, Camp Erin puede entregar a mi hijo(a) a profesionales de la salud u otro personal apropiado.

He leído y entendido todo este formulario, y estoy de acuerdo en estar obligado por las condiciones del acuerdo.

Firma del padre/madre/tutor

Fecha



CATHOLIC HOSPICE, INC. DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD

Yo, el abajo firmante, soy el tutor de _____ y por el presente participo voluntariamente y autorizo que el menor aparezca en fotografías o entrevistas con respecto a Camp Erin® y sus actividades.

Por el presente, doy mi consentimiento para el uso de los materiales arriba mencionados en cualquier forma de medios de comunicación (publicaciones, radio, televisión o Internet). También entiendo que mi identidad puede ser revelada en relación con las fotografías o entrevistas.

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

Por el presente, consiento a lo anterior, sin expectativa o remuneración para mí ahora o en el futuro. El acuerdo será vinculante para mis herederos, representantes personales y cesionarios.

Nombre en imprenta/Padre/Madre/Tutor

Nombre en imprenta/Reptante. de Catholic Hospice

Firma

Firma

Fecha

Fecha