



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*



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** _____



Catholic Hospice
Catholic Health Services



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? _____



Catholic Hospice
Catholic Health Services



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. _____



Catholic Hospice
Catholic Health Services



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
Catholic Health Services



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