



Adjunte una foto de su niño aquí

**Sesión de Campamento:**

Junio 23-25\_\_\_ Agosto 18-20\_\_\_\_\_

¿Es la primera vez que aplica? \_\_\_Si\_\_\_ No\_\_\_

**Camp Contact:** Karissa Provost, Clinical Coordinator of Camp (310) 473-1511

**FORMULARIO DE INSCRIPCION DEL CAMPISTA**

Nombre del Campista:

Nombre \_\_\_\_\_ Medio \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Apodo (si alguno): \_\_\_\_\_

Talla de Camiseta del Niño (por favor circule):

Niño S M L

Adultos: S M L XL 2x 3x 4x

Su hijo/a sabe nadar? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Dirección casera: \_\_\_\_\_

Ciudad/estado/ código postal: \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Genero: M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_

Nombre del padre /del guardian:: \_\_\_\_\_

Número de telefono: Dia: \_\_\_\_\_ Tarde: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Hermanos: Nombres \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Su niño/a ha: **atendido campamento de día?** \_\_\_ Si \_\_\_ No ; **atendido campamento de noche?** \_\_\_ Si \_\_\_ No; **pasado una noche fuera de casa?** \_\_\_ Si \_\_\_ No

Por favor escriba los intereses especial / pasatiempos de su hijo/a: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Hay algo que debemos saber para servir mejor a su hijo/a? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Han hablado de la posibilidad de que su hijo/a puedan venir a Camp Erin? \_\_\_\_\_

¿Cuáles esperanzas tiene sobre la participación de su hijo/a en Camp Erin? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró de este programa? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Relación al Campista



## HISTORIA DE LA PÉRDIDA

Por favor, incluya tantos detalles como sea posible al contestar las siguientes preguntas. Entendemos que las respuestas a algunas de estas preguntas podría ser difícil, sin embargo, queremos proporcionar la mejor atención posible para su hijo.

Nombre del Campista: \_\_\_\_\_

Nombre completo del difunto \_\_\_\_\_ Relación al niño \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del difunto \_\_\_\_\_ Fecha de la muerte \_\_\_\_\_

Edad del difunto en el día de su deseso: \_\_\_\_\_ Edad de niño/a en el momento de la muerte \_\_\_\_\_

¿La persona fallecida estaba recibiendo servicios de Providence Hospice Services al momento de la muerte? \_\_\_\_\_

¿La muerte fue anticipada o repentino? \_\_\_\_\_

¿Cual fue la causa de la muerte? \_\_\_\_\_ ¿relacionada con el servicio militar? \_\_\_\_\_

Por favor, compruebe si alguna de las siguientes afirmaciones son verdaderas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ el niño/a ha sido informado de los hechos sobre la causa de la muerte del fallecido.

\_\_\_\_\_ el niño/a entiende los hechos sobre la causa de la muerte del fallecido.

Si alguno se comprueba, por favor explique

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Es ésta la primera experiencia que ha tenido su hijo/a con la muerte? \_\_\_\_\_

Si no, comenta por favor al respecto de otras muertes su niño ha experimentado.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Adónde murió esta persona? \_\_\_\_\_

¿El niño/a estaba presente en el momento de la muerte? \_\_\_\_\_

¿El niño/a miro al difunto después de la muerte? \_\_\_\_\_

¿Hubo un funeral o servicio conmemorativo? \_\_\_\_\_

¿Si, si asistió su hijo y cuáles fueron los comentarios de su hijo o reacciones en el servicio?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### ¿A quién notificamos en caso de emergencia?

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Nombre del Campista:** \_\_\_\_\_

¿El niño vivió con el difunto? \_\_\_\_\_

¿Cómo describiría la relación de su niño/a con el difunto?

¿Cómo describiría el estilo de la comunicación de su familia con respecto al deseso?

\_\_\_ abierto \_\_\_ adecuado \_\_\_ muy poco \_\_\_ evitó \_\_\_ ninguno

¿Su hijo/a hablar abiertamente acerca de la persona que murió? \_\_\_\_\_

Por favor, explique cómo su hijo se indica que él / ella está de duelo

## REACCIONES A LA PÉRDIDA

Por favor, marque con una "X" si su hijo/a ha mostrado cualquiera de los siguientes después de la muerte del ser querido:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Falta de energía                  | <input type="checkbox"/> Problemas de conducta en la escuela        | <input type="checkbox"/> pares dificultades        |
| <input type="checkbox"/> Retirado / aislamiento            | <input type="checkbox"/> Problemas de comportamiento en el hogar    | <input type="checkbox"/> Uso de drogas / alcohol   |
| <input type="checkbox"/> Depresión                         | <input type="checkbox"/> Huir de casa                               | <input type="checkbox"/> Causar daño a otros       |
| <input type="checkbox"/> Pensamientos suicidas             | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza o de estómago            | <input type="checkbox"/> Mentir                    |
| <input type="checkbox"/> Dificultad con la concentración   | <input type="checkbox"/> Incontinencia nocturna                     | <input type="checkbox"/> Robar                     |
| <input type="checkbox"/> Causado daño a si mismo           | (Por favor circule: Sonambulismo, Enuresis                          | <input type="checkbox"/> Destrucción de propiedad  |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de interés en actividades | pesadillas, calores)  | <input type="checkbox"/> Cólera                    |
| <input type="checkbox"/> Conducta sexual inapropiada       | <input type="checkbox"/> La creencia que la muerte fue por su culpa | <input type="checkbox"/> Incredulidad              |
| <input type="checkbox"/> Temores especial                  | <input type="checkbox"/> La creencia que la muerte es un castigo.   | <input type="checkbox"/> Siempre tratando de estar |
| <input type="checkbox"/> Tristeza                          | <input type="checkbox"/> Cambios en la asistencia a la escuela      | en control o perfecto                              |
| <input type="checkbox"/> Preocupaciones sobre su seguridad | (Por favor circule: Aumento/Disminución)                            | <input type="checkbox"/> Cambios en cómo se        |
| o la le seguridad de los demas                             | <input type="checkbox"/> Cambio de peso                             | sienten sobre sí mismos                            |
| <input type="checkbox"/> Hiperactivos o impulsivos         | (Por favor circule: Aumento/Disminución)                            | <input type="checkbox"/> La Encopresis             |

## OTRA INFORMACIÓN ADICIONAL

Su niño/a ha recibido apoyo profesional (es decir consejero de la escuela, la salud mental terapeuta, grupo de apoyo entre pares, psiquiatra, apoyo pastoral)? \_\_\_\_\_

¿En caso que si, es el apoyo actualmente proporcionado? Por favor dé fechas aproximadas de cuando el apoyo se comenzó/terminó? \_\_\_\_\_

¿Hubo algún otro cambio/tensión en la vida de su niño/a (es decir enfermedad, traslado, divorcio, nuevo matrimonio, finanzas, otras pérdidas)? Por favor explique \_\_\_\_\_

¿Su niño/a a tenido abuso de cualquier tipo? \_\_\_\_\_

**Nombre del Campista:** \_\_\_\_\_

Por favor describa los rasgos de personalidad/carácter de su niño.

\_\_\_\_\_

¿Hay alguna idioma, discapacidad o necesidades religiosas que deberíamos ser conscientes para servir mejor a su hijo/a?

(Esta información es voluntaria y sólo se utilizará para ayudar a su hijo con el proceso de duelo).

¿Hay otras necesidades especiales, costumbres familiares o aspectos culturales de su niño/a en duelo de qué deberíamos ser conscientes?

\_\_\_\_\_

Su niño/a ha mostrado algún comportamiento/humor que le preocupe ha usted?  
En caso que si, explique por favor.

\_\_\_\_\_

**Firma**

**Fecha**

**Relación al niño/a**

**Fuente de Envío** \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Etnicidad: (círculo todo lo que sea aplicable)**

Los afroamericanos

Asia

Caucásicos

Latino/Latina

**Ingresos Familiar:**

<\$20,000 \_\_\_\_

\$20,000-30,000 \_\_\_\_

\$30,000-\$35,000 \_\_\_\_

\$35,000-\$50,000 \_\_\_\_

\$50,000+ \_\_\_\_



## Información Médica

Nombre del Niño/a: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Su hijo/a presenta alguno de los siguientes?	Si	No
Limitaciones físicas		
Asma		
Restricciones en la dieta (el medico recomienda religiosa, etc.)		
Compulsions/convulsions		
Diabetes		
Infecciones del oido		
Discapacidad auditiva		
Mareo		
Sangrar por la nariz		
Usa lentes/lentes de contacto		
Dolores recurrentes de cabeza o de estomago		
Otro: (por favor especifique)		
Su hijo está actualmente bajo el cuidado de un médico?		
En caso de afirmativo el nombre de medico y numero:		
¿Tiene su niño alguna alergia? (es decir comida, medicina, u otro)		
Si, si, explique por favor:		
¿Alguna historia de operaciones o enfermedades graves?		
¿Su hijo tomará medicamentos en el campamento?		
En caso afirmativo, ¿cuáles son los medicamentos?		
¿Cuál es la fecha de la última vacuna contra el tétano?		

CONTACTO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

**Su hijo/a está actualmente bajo el cuidado de un médico?**

Nombre de Doctor y telefono _____	Hospital de preferencia: _____
Seguro de Salud: _____	Número del Grupo: _____

Por favor mande este formulario: **OUR HOUSE**  
 Camp Erin – LA  
 1663 Sawtelle Blvd., Suite 300  
 Los Angeles, CA 90025

**O por fax: 310-473-1515**