



Estimado Campista(s) potencial y Familia,

¡Gracias por su interés en Camp Erin® - LA! Adjunto encontrará un paquete de inscripción que incluye una aplicación y también la historia del duelo, información médica y formas de interés general.

Camp Erin - LA se llevará a cabo dos veces este año: del 8 hasta el 10 de junio y el 17 hasta el 19 de agosto en Camp Bloomfield en Malibu, California. Aunque nosotros proveemos transporte de autobús hacia Camp Erin, tenga en cuenta que los padres/guardianes son responsables de hacer sus propios arreglos para el transporte de su niño/a desde la zona de Camp Erin a su casa. Algunas familias quizás quieran considerar carpooling a el campamento.

Mientras que en el campamento, su niño/a permanecerá con otros campistas que están cercanos en edad y del mismo sexo. Coordinadores de duelo, así como voluntarios especialmente entrenados, dirigirán las actividades del duelo y supervisarán la recreación. Una enfermera registrada estará disponible en el sitio en todo momento.

Aceptación al campamento se basará en varios criterios. Campistas potenciales deben han experimentado la muerte de alguien cerca en los últimos **3 años**. Coordinadores de duelo examinarán las aplicaciones para determinar si esta apropiado para este campamento especializado antes de la inscripción definitiva. Porque queremos garantizar la mejor experiencia posible para cada participante de Camp Erin, cada aplicación se examinará en detalle y incluirá una entrevista antes de completar el proceso de aplicación. **El espacio es limitado y serán aceptadas en orden que recibimos las aplicaciones.**

Si desea ver un vídeo de Camp Erin del año pasado, por favor visite la página web: www.moyerfoundation.org y haga clic en la etiqueta de Camp Erin.

¡Gracias de nuevo por su interés en Camp Erin - LA!

Atentamente,

Robin Takashima, LCSW
Clinical Coordinator of Camp
OUR HOUSE Grief Support Center
(310) 473-1511 ext. 222
robin@ourhouse-grief.org



THE MOYER FOUNDATION
Helping Children in Distress

www.OurHouse-Grief.org



Adjunte una foto de su niño aquí

Sesión de Campamento:

Junio 8-10 ___ Agosto 17-19 ___

¿Es la primera vez que aplica? Sí ___ No ___

Contacto de la coordinadora del campamento: Robin Takashima, Clinical Coordinator of Camp (310) 473-1511 ext. 222

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 _____ (Si, si, circule su nivel de natación: principiante o avanzado) No _____

Dirección casera: _____

Ciudad/estado/ código postal: _____

Edad _____ Fecha de nacimiento _____ Grado _____ Genero: M ___ F ___

Nombre del padre /del guardián: _____

Número de teléfono: Día: _____ Tarde: _____ Celular: _____

Correo Electrónico: _____

<u>Hermanos:</u>	Nombres	Edad
	_____	_____
	_____	_____

¿Su niño/a ha atendido un campamento de día? ___ Si ___ No; ha atendido un 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 pueda venir a Camp Erin? _____

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

¿Cómo se enteró de este programa? _____

Firma Fecha Relación al campista



HISTORIA DE LA PÉRDIDA

Por favor, incluya todos los detalles que sean 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/a _____

Fecha de nacimiento del difunto _____ Fecha de su muerte _____

Edad del difunto en el día de su muerte: _____ Edad de niño/a el día de la muerte del difunto _____

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

¿La muerte fue anticipada o repentina? _____

¿Cuál 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 difunto.

_____ el niño/a entiende los hechos sobre la causa de la muerte del difunto.

Si alguna de estas frases es cierta, 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 que ha experimentado su niño/a.

¿Dónde murió esta persona? _____

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

¿El niño/a vio al difunto después de la muerte? _____

¿Hubo un funeral o servicio conmemorativo? _____

¿Si, sí asistió su hijo/a y cuáles fueron los comentarios de su hijo/a 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 difunto?

___ abierto ___ adecuado ___ muy poco ___ evitó ___ ninguno

¿Su hijo/a habla abiertamente acerca de la persona que murió? _____

Por favor, explique cómo su hijo/a indica que él/ella está o siente el 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 difunto:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Falta de energía | <input type="checkbox"/> Problemas de conducta en la escuela | <input type="checkbox"/> Dificultades con amistades |
| <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 de suicidio | <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 / Ira / Enojo |
| <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 | <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 ser 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 demás | <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 (de un consejero de la escuela, salud mental terapeuta, grupo de apoyo entre pares, servicios psiquiátricos/medicamento o apoyo pastoral)? _____

¿En caso que sí, el apoyo está 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 ha sido abuso de cualquier manera? _____ 4

Nombre del Campista: _____

¿Su niño/a ha experimentado o visto violencia de cualquier tipo? _____

¿Ha sido notificado el departamento de servicios para niños y familias alguna vez de su familia? ¿Si contestó Sí, hay un caso abierto o ya está cerrado?

¿Ha sido sus niños separado de su cuidado por abuso o negligencia de cualquier tipo?

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

¿Hay algún idioma o discapacidad que deberíamos ser conscientes para servir mejor a su hijo/a?

¿Hay otras necesidades especiales, necesidades religiosas, costumbres familiares o aspectos culturales de su niño/a en duelo de qué deberíamos ser conscientes? (Esta información es voluntaria y sólo se utilizará para ayudar a su hijo con el proceso de duelo).

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

Firma

Fecha

Relación al campista

Fuente de Referencia (Nombre de la persona que le informo sobre el campamento): _____

Teléfono: _____

Dirección _____

Etnicidad: (círculo todos los que sean aplicables)

Afroamericano

Asiático

Caucásicos

Latino/a

Nativo Americano

Multiétnico Otro: _____

Ingresos Familiar Anual:

Menos de \$20,000 ____

\$20,000-30,000 ____

\$30,000-\$35,000 ____

\$35,000-\$50,000 ____

\$50,000+ ____



Información Médica

Nombre del Campista: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección _____ Teléfono: _____

¿Su hijo/a presenta alguno de los siguientes?	Si	No
Limitaciones físicas Sí, sí, explique por favor:		
Asma		
Restricciones en la dieta (el medico recomienda, religiosamente, etc.) Sí, sí, explique por favor:		
Convulsiones		
Diabetes		
Infecciones del oído		
Discapacidad auditiva		
Mareo		
Sangrar por la nariz		
Usa lentes/lentes de contacto		
Dolores recurrentes de cabeza o de estomago		
Otra: (por favor especifique)		
¿Su hijo está actualmente bajo el cuidado de un médico?		
¿Tiene su niño alguna alergia? (es decir comida, medicina, u otro) Sí, sí, explique por favor:		
¿Alguna historia de operaciones o enfermedades graves? Sí, sí, explique por favor:		
¿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? Sí, sí, por favor indica la fecha:		

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ TELEFONO: _____

¿Su hijo/a está actualmente bajo el cuidado de un médico?	
Nombre de Doctor y teléfono: _____	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