



Estimado Campista(s) potencial y Familia,

¡Gracias por su interés en el Campamento Erin® - LA!

El Campamento Erin - LA se llevará a cabo dos veces este año: del 8 al 10 de junio del 2018 y del 17 al 19 de agosto del 2018 en el Campamento Bloomfield en Malibu, California. Aunque nosotros proveemos transporte de autobús hacia el Campamento Erin, tome en cuenta que los padres/guardianes son responsables de hacer sus propios arreglos para el transporte de regreso de su niño/a en el último día del campamento.

Durante el campamento, su niño/a estará con otros campistas cercanos a su edad y del mismo sexo. Los Coordinadores del Duelo, así como voluntarios especialmente entrenados, dirigirán las actividades del duelo y supervisarán las actividades recreativas. Una enfermera registrada estará disponible en el sitio en todo momento.

La aceptación al campamento se basará en varios criterios. Campistas potenciales deberán de haber experimentado la muerte de alguien cercano en los últimos **3** años a la fecha del campamento. Para poder garantizar la mejor experiencia posible para cada participante del Campamento Erin, los Coordinadores del duelo examinarán las solicitudes para determinar si son apropiadas para este campamento especializado antes de la inscripción definitiva. Cada solicitud se examinará en detalle e incluirá una entrevista antes de completar el proceso de aplicación. **El espacio es limitado y las solicitudes serán aceptadas en el orden en que las recibimos.**

Por favor envíe por correo su solicitud completa a:

OUR HOUSE Grief Support Center
Camp Erin
1663 Sawtelle Blvd., Suite 300
Los Angeles, CA 90025

Si desea ver un vídeo del Campamento Erin del año pasado, por favor visite la página web: www.moyerfoundation.org y oprima la pestaña de Camp Erin.

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

Atentamente:

Robin Takashima, LCSW
Coordinadora Clínica del Campamento
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 del Campamento:

Junio 8-10 _____ agosto 17-19 _____

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

Contacto del campamento: Robin Takashima, Coordinadora Clínica del Campamento (310) 473-1511 ext. 222

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL CAMPISTA

Nombre del Campista:

Nombre

Segundo Nombre de Pila

Apellido

Apodo (si acaso tiene):

Talla de Camiseta del Niño (por favor marque con un círculo):

Niño S M L

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

¿Su niño/a sabe nadar? Sí _____ (Si, sí, indique su nivel de natación: principiante o avanzado) No _____

Dirección de casa: _____

Ciudad/estado/ código postal: _____

Edad _____ Fecha de nacimiento _____ Grado _____ Sexo: M _____ F _____

Nombre del padre /del guardián: _____

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

Correo Electrónico: _____

Hermanos:

Nombres

Edad

¿Su niño/a ha asistido a **un campamento de día**? _____ Sí _____ No ¿Ha **asistido a un campamento de noche**?
_____ Sí _____ No ¿Ha pasado una noche fuera de casa? _____ Sí _____ No

Por favor escriba los intereses especiales/pasatiempos de su niño/a: _____

¿Hay algo que debemos saber para servir mejor a su niño/a? _____

¿Han hablado de la posibilidad de asistir a Camp Erin con su niño/a? _____

¿Qué esperanzas tiene sobre la participación de su niño/a en Camp Erin? _____

¿Cómo se enteró de este programa? _____

Firma del Padre/Guardian/Tutor

Fecha

Relación al campista



HISTORIA DE LA PÉRDIDA

Por favor, incluya todos los detalles posibles al contestar las siguientes preguntas. Entendemos que las respuestas a algunas de estas preguntas podrían ser difíciles, sin embargo, queremos proporcionar la mejor atención posible para su niño/a.

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 del 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? _____ ¿Fue relacionada con el servicio militar? _____

Por favor, indique si algunas de las siguientes afirmaciones son verdaderas: _____

_____ el niño/a no ha sido informado sobre los hechos de la causa de la muerte del difunto.

_____ el niño/a no entiende los hechos de 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 niño/a con la muerte? _____

Si no, por favor comente acerca 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 ¿su niño/a asistió y cuáles fueron los comentarios de su niño/a o reacciones acerca del 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 comunicación de su familia con respecto a la muerte del difunto?

___ abierto ___ adecuado ___ muy poco ___ se evitó el tema ___ ninguno

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

Por favor, explique cómo su niño/a indica que él/ella está sintiendo el duelo.

REACCIONES A LA PÉRDIDA

Por favor, marque con una "X" si su hijo/a ha mostrado cualquiera de las siguientes conductas o sentimientos 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/estómago | <input type="checkbox"/> Mentir |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para concentrarse | <input type="checkbox"/> Trastornos del sueño | <input type="checkbox"/> Robar |
| <input type="checkbox"/> Se causa daño a sí mismo | (Por favor circule: Sonambulismo, | <input type="checkbox"/> Destrucción de propiedad |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de interés en actividades | Incontinencia, Pesadillas, Sudoración) | <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 seguridad de los demás | <input type="checkbox"/> Cambio de peso | sienten sobre sí mismos |
| <input type="checkbox"/> Hiperactivo/impulsivo | (Por favor circule: aumento/disminución) | <input type="checkbox"/> Incontinencia fecal |

OTRA INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Su niño/a ha recibido apoyo profesional (de un consejero de la escuela, terapeuta de la salud mental, grupo de apoyo de sus compañeros, servicios psiquiátricos/medicamento o apoyo pastoral, campamento del duelo)? _____ Sí _____ No.

Si, sí, ¿cuál fue la razón de la consejería? _____

¿En caso de que sí, el apoyo está actualmente siendo proporcionado? Por favor de fechas aproximadas de cuando el apoyo comenzó/terminó? _____

¿Hubo algún otro cambio/tensión en la vida de su niño/a (como enfermedad mental o física, mudanza, divorcio, nuevo matrimonio, finanzas, otras pérdidas)? Por favor explique.

Nombre del Campista: _____

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

¿El Departamento de Servicios para Niños y Familias alguna vez ha sido notificado acerca de su familia? ¿Si contesta sí, hay un caso abierto o ya está cerrado?

¿Ha sido sus niño/a(s) separados de su cuidado o hogar por abuso o negligencia de cualquier tipo?

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

¿Hay alguna discapacidad de lenguaje, física o de desarrollo que deberíamos saber para servir mejor a su niño/a?

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

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

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

Teléfono: _____

Dirección _____

Etnicidad: (circule todos los que sean aplicables)

Afroamericano Asiático Caucásicos Latino/a

Otro: _____

Ingresos Familiar Anual:

Menos de \$20,000 ____

\$20,000-30,000 ____

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

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

\$50,000+

Firma del Padre/Guardian/Tutor

Fecha

Relación al campista



Información Médica

Nombre del Campista: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

¿Su niño/a presenta alguna de las siguientes situaciones?	Sí	No
Limitaciones físicas Si, sí, explique por favor:		
Asma		
Restricciones en la dieta (por recomendación médica, por motivos religiosos, etc.) Si, sí, explique por favor:		
Convulsiones		
Diabetes		
Infecciones del oído		
Discapacidad auditiva		
Mareo		
Sangrado de la nariz		
Usa lentes/lentes de contacto		
Dolores recurrentes de cabeza o de estómago		
Otra: (por favor especifique)		
¿Su hijo está actualmente bajo el cuidado de un médico?		
¿Tiene su niño alguna alergia? (a comida, medicina, u otro) Si, sí, explique por favor:		
¿Alguna historia de operaciones o enfermedades graves? Si, sí, explique por favor:		
¿Su niño/a tomará medicamentos en el campamento? En caso afirmativo, ¿cuáles son los medicamentos y para qué son?		
¿Cuál es la fecha de la última vacuna contra el tétano?		

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ TELÉFONO: _____

¿Su niño/a está actualmente bajo el cuidado de un médico?

Nombre y teléfono del Doctor: _____ **Hospital de preferencia:** _____

Seguro de Salud: _____ **Número del Grupo:** _____