



Estimados Padres / Tutores:

¡Gracias por su interés en Camp Erin South Florida!

Camp Erin es un campamento durante el fin de semana, gratuito para niños y adolescentes entre las edades de 6 a 17 años que han experimentado la muerte de una persona importante en sus vidas. En Camp Erin, los niños y adolescentes tienen la oportunidad de tener un fin de semana distinto, combinando educación sobre el duelo y apoyo emocional, a través de actividades divertidas e interactivas. Nuestros profesionales y voluntarios están capacitados de brindan un ambiente de cuidado para que los campistas exploren su duelo, aprendan destrezas de manejo, y hagan amigos que están pasando por situaciones similares. Camp Erin South Florida se lleva a cabo dos veces al año.

Para participar al Camp Erin, requerimos lo siguiente:

1. **Aplicación** - se debe completar una solicitud para cada niño antes de ser considerado para el campamento. Envíe las solicitudes completadas a:
Por Correo/ En Persona:
Catholic Hospice, Attn: Camp Erin South Florida
2900 W. Cypress Creek Road, Suite 7
Fort Lauderdale, FL 33309
Por Fax: 954-944-2697
Por E-mail: CampErin@catholichospice.org
2. **Entrevista** — Un miembro del equipo de Camp Erin se pondrá en contacto con usted para ayudarlo a que usted y sus hijos se familiaricen con el campamento. También es importante para nosotros conocer a su(s) hijo(s). La entrevista ayudará a determinar si su(s) hijo(s) está preparado para el campamento y si Camp Erin satisface sus necesidades. Después de este proceso, se enviará una carta para proporcionar información adicional sobre el campamento y otras actividades del campamento, como Save Your Spot.
3. **“Save Your Spot”** — En “Save Your Spot”, se reunirá con el equipo de Camp Erin, voluntarios y otros campistas que estarán con sus hijos en el campamento, y así mismo confirmará su(s) lugar(es) en el campamento.

Si tiene alguna pregunta sobre Camp Erin South Florida, puede comunicarse con nuestra Gerente de Campamentos al **954- 944-2709** o por correo electrónico a camperin@catholichospice.org.

Gian Carla Santayana, MS, NCC, LMFT
Bereavement Camp Manager

Catholic Hospice, Inc.

2900 W. Cypress Creek Road | Suite 7 | Fort Lauderdale, FL 33309

O. 954-944-2709 | F. 954-944-2697 | gsantayana@catholichospice.org | www.camperinsouthflorida.org



LISTA DE VERIFICACION PARA LA APLICACION DEL CAMPISTA

Nombre del Niño: _____ Género: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Talla de Camiseta: (Favor indicar si el niño utiliza talla de adulto) _____

Raza: (Circular) Negro Blanco Asiatico Multiracial

Etnicidad: _____

Preocupaciones Principales: _____

¿Ha asistido a Camp Erin en el pasado? (Circule una) Si No

Año/Ubicación: _____

¿Afiliación Militar: (Circule una) Si No

*Si si, qué rama?: _____

¿Nivel de ingresos inferior a \$36,900/año? (Circule una) Si No

Persona Completando la Solicitud: _____

Relación Hacia el Niño: _____

Correo electrónico: _____

Numero de Teléfono: _____

¿Como Escuchó Acerca Camp Erin? _____

USO OFICIAL SOLAMENTE:

FOR OFFICE USE ONLY:

Date materials received: _____

Date of interview: _____

Staff conducting interview: _____

Attended SYS? (CIRCLE ONE) Yes No

Date/Location of SYS: _____

Transportation? (CIRCLE ONE) Direct Fort Lauderdale Bus Miami Lakes Bus

Accepted place? (CIRCLE ONE) Yes No Attended camp? (CIRCLE ONE) Yes No

Additional Comments:



HISTORIAL DE DUELO

Incluya tantos detalles como sea posible al responder las siguientes preguntas. Entendemos que responder algunas de estas preguntas puede ser difícil; sin embargo, queremos poder brindarle la mejor atención posible a su hijo.

Nombre del Niño: _____ Edad: _____

Nombre Completo de la Persona Fallecida: _____ Relación hacia el Niño: _____

Fecha de Muerte: _____ Edad de la Persona Fallecida en el momento de morir: _____

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

Por favor describa cómo se le explicó la muerte al niño: _____

¿Cómo describe el estilo de comunicación de su familia con respecto a la muerte? (Marque uno)

___ Abierto ___ Adecuado ___ Muy poco ___ Evitado ___ Ninguno

Verifique si alguna de las siguientes afirmaciones es VERDADERA:

___ El niño / adolescente estuvo presente al momento de la muerte.

___ El niño / adolescente no comprende los hechos sobre la causa de muerte del fallecido.

___ El niño / adolescente actualmente recibe apoyo profesional. Si es así, explique: _____

___ Esta no es la primera experiencia del niño con la muerte. Si es así, explique: _____

Indique otros cambios / tensiones en la vida del niño / adolescente (es decir, enfermedad, reubicación, divorcio, antecedentes de abuso, nuevo matrimonio, finanzas, otras pérdidas) _____

Por favor explique cómo su hijo indica que está sufriendo. ¿Hablan abiertamente de la persona que murió? _____

Reacción a la pérdida: (marque todos los comportamientos que su hijo ha mostrado después de la muerte del ser querido)

___ Aislamiento/soledad

___ Uso de drogas/Alcohol

___ Miedo/Temor a _____

___ Depresión / Tristeza

___ Causando daño a los parientes

___ Cree que la muerte fue su culpa

___ Pensamientos suicidas/lo habla

___ Ira / Agresividad

___ Cree que la muerte es un castigo

___ Pesadillas

___ Llorando hechizos

___ Ansiedad por separación

___ Otro: _____

Dificultad con: (Circule todo lo que aplique)

Energía

Peso

Asistencia en la escuela

Autoestima

Describa la personalidad de su hijo/adolescente y cualquier necesidad especial (idioma, discapacidad y/o necesidades religiosas), costumbres familiares, aspectos culturales, con respecto a los comportamientos/ estados de ánimo que debemos tener en cuenta para servir mejor a su hijo. _____



INFORMACIÓN DEL CAMPAMENTO

Nombre del Niño: _____ Edad: _____

¿Alguna vez su hijo ha: (Circule uno)

¿Asistido a un campamento de día? Si No

¿Asistido a un campamento de noche? Si No

¿Pasado la noche fuera de casa? Si No

¿Sabe su hijo nadar? Si No

Indique el nivel: (Marque uno) Principiante Intermedio Avanzado

¿Su hijo: (Marque uno)

¿Disfruta la música? Si No *Si es así, ¿Qué tipo? _____

¿Toca un instrumento? Si No *Si es así, ¿Cuál? _____

¿Disfruta/juega deportes? Si No *Si es así, ¿Cuál? _____

¿Disfruta del arte? Si No *Si es así, ¿Qué tipo? _____

¿Cuál es la(s) comida(s) favorita(s) de su hijo? _____

¿Cuál es la(s) comida(s) menos favorita(s) de su hijo? _____

Por favor déjenos saber cualquier interés/afición especial que su hijo tenga: _____

¿Hay algo que deberíamos saber para servir mejor a su hijo? _____

¿Han hablado usted y su hijo sobre la posibilidad de que él/ella asista a Camp Erin? Si No

¿Qué espera que su hijo gane al asistir a Camp Erin? _____



INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del Niño: _____ Edad: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

¿Su hijo: (Marque uno)

¿Tiene limitaciones físicas? Si No *Si es así, ¿Qué tipo? _____

¿Utiliza lentes o contactos? Si No

¿Tiene alergias? Si No *Si es así, ¿Qué tipo? _____

¿Tiene restricciones dietarias? Si No *Si es así, ¿Cuales? _____

¿Tiene antecedentes médicos significativos? Si No *Si es así, especifique: _____

¿Toma algún medicamento? Si No *Si es así, especifique: _____

¿Está su hijo bajo el cuidado de un médico primario (PCP)? (Circule uno) Si No

Nombre del Médico Primario: _____ Teléfono: _____

Dirección del Médico Primario: _____

¿Hay un hospital que su seguro ordene? (Marque uno) Si No

*Si es así, cuál es su hospital de preferencia: _____

En caso de emergencia, favor contactar a las siguientes personas(en orden):

Nombre del contacto de emergencia: _____

Teléfono Fijo: _____ Celular: _____

Nombre del contacto de emergencia: _____

Teléfono Fijo: _____ Celular: _____



CONSENTIMIENTO PARA ATENCIÓN MÉDICA/QUIRÚRGICA, TRATAMIENTO DE EMERGENCIA 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.

Mi hijo tiene las siguientes complicaciones de salud y/o problemas: _____

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 Prescriptor	Razón para el Medicamento

***Todos los medicamentos deben estar en su contenedor original.**

Alergias del niño: (es decir, alimentos, medicamentos y todas las demás) e indique reacciones:

¿Tiene su hijo seguro médico: (marque uno): Sí No

***En caso afirmativo, complete lo siguiente:**

Nombre del proveedor: _____ Número de teléfono: _____

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

Firma del titular de la póliza: _____ Fecha: _____

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



LIBERACION DE CUSTODIA

Nombre del Niño Campista: _____

Fecha de Nacimiento del Niño Campista: _____

Soy el padre o tutor legal del niño campista identificado anteriormente. Por la presente, autorizo y ordeno a Camp Erin, a su personal y/o a sus voluntarios que entreguen al campista infantil a la(s) siguiente(s) persona(s) durante o al final de Camp Erin con el fin de transportar o asumir la custodia del campista infantil:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Celular: _____

Correo Electrónico: _____

Si es necesario que mi hijo abandone Camp Erin antes de que finalice el programa debido a una enfermedad, lesión o problemas de comportamiento, y yo no puedo buscarlo, por este medio, doy permiso para que mi hijo sea puesto en libertad bajo la custodia de la persona identificada anteriormente. Entiendo que Camp Erin puede requerir una identificación con foto de cualquier persona que recoja al campista de Camp Erin, incluyéndome a mí.

Por medio de la presente, libero a Camp Erin, a su personal, a los voluntarios y representantes del riesgo de entregar al niño campista a la persona identificada anteriormente

Entiendo y acepto que, en caso de que se necesite atención médica u otra emergencia, Camp Erin puede entregar a mi hijo a profesionales de la salud u otro personal apropiado.

He leído y entendido todo este formulario, y estoy de acuerdo a regirme por las condiciones del acuerdo.

Firma del Padre/Tutor

Fecha



**CATHOLIC HOSPICE, INC.
DECLARACIÓN DE LIBERACIÓN DE PRIVACIDAD**

Yo, el firmante, soy el tutor y por el presente participo voluntariamente, y doy autorización para que el menor de edad aparezca en fotografías y/o entrevistas con respecto a Camp Erin® y sus actividades.

Por la presente, consiento al uso de los materiales anteriores en cualquier tipo de medio (publicaciones, radio, televisión o internet). También entiendo que mi identidad puede ser revelada en relación con las fotos y / o entrevistas.

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

Por este medio consiento lo anterior, sin expectativa ni remuneración para mí ahora o en el futuro. El acuerdo será obligatorio para mis herederos, representantes personales y cesionarios.

Nombre del Padre/Tutor Legal

Nombre del Representante de Catholic Hospice

Firma

Firma

Fecha

Fecha



2019 CAMP ERIN® CONSENTIMIENTO DE FOTOGRAFÍA/PUBLICIDAD, Y LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, _____, entiendo que Eluna y Catholic Hospice Inc. desean utilizar audio o obras visuales de la cual mi hijo/a o yo seamos parte (e.g. video o fotografía) igual cierta información de mi hijo/a o de mí, en conexión con la participación de mí o de mi hijo/a en Camp Erin®, ya sea como participante del campamento, empleado, o de voluntario, para promocionar, promover, distribuir, mercado técnica, investigaciones, para obtener fondos y vender servicios variados, incluyendo Camp Erin y actividades relacionadas. Yo estoy de acuerdo y por este consentimiento y liberación (definido abajo) por la presente otorgo conceder ciertos derechos a Eluna y Catholic Hospice Inc. y libero a Eluna y Catholic Hospice Inc. de ciertas obligaciones, de parte mía (siendo participante del campamento, empleado, o voluntario) o en parte de mi hijo/a (siendo el padre o tutor de un participante del campamento, empleado, o voluntario que sea menor de edad). Este Consentimiento y Acuerdo de Prensa (“Consentimiento y Acuerdo”) confirman la otorga de derechos y nuestro consentimiento de parte de mí y mi hijo/a de acuerdo a lo siguiente:

1. Otorgación de Derechos. Por consideración buena y valiosa; el recibo y suficiencia de los cuales es el presente reconocido, yo, en nombre mío y el de mi hijo/a, otorgo a Eluna, Catholic Hospice Inc., y cada uno de sus respectivos empleados, agentes, representantes, contratistas, sucesores y cesionarios de la Eluna y Catholic Hospice Inc. la licencia perpetua, irrevocable, libre de regalías, no exclusiva, en todo el mundo, sub-licencias, y la licencia para : (a) usar, editar, reproducir, modificar, representar, publicar, copiar, distribuir, ejecutar públicamente y mostrar sin restricciones toda o parte de mi identidad o la de mi hijo/a y de las experiencias mías o las de los niños en el campamento Erin, incluyendo, sin limitación el nombre mí o el de mi hijo/a mía, nombres ficticios (si los hay), voz, firma, fotografía, palabras, imagen, personalidad u otra semejanza de mí o de mi hijo/a, y cualquier audio y vídeo grabaciones de mí o mi hijo/a o comentarios y las declaraciones hechas por mí o mi hijo/a (“Imágenes y Comentarios”); (b) usar copias, distribuir, ejecutar, exhibir y crear trabajos derivados de mis imágenes y observaciones de mí o de mi hijo/a o usando y incorporando imágenes y observaciones de mí o de mi hijo/a; y c) crear otros materiales protegidos por derecho de autor o obras que utilicen o incorporen mis imágenes y observaciones (“Materiales Promocionales”), en cualquier forma, incluyendo cualquier medio electrónico o no electrónico ahora conocido o posteriormente desarrollado, todos ellos en relación con Camp Erin para la publicidad, distribución, comercialización, promoción, publicidad, investigación, informes o cualquier otra propósito.

Renuncio a cualquier derecho mío o de mi hijo/a a poseer, inspeccionar, aprobar o recibir pago o atribución en relación con las obras o materiales promocionales de Eluna o Catholic Hospice Inc. utilizando imágenes y comentarios míos o de mi hijo/a, acompañado de copia escrita o material impreso, o el uso al que se aplica. Entiendo y estoy de acuerdo que las imágenes y comentarios, y material promocional usado o basados en imágenes mías o de mi hijo/a pueden ser usadas sin ninguna restricción, a cambios o alteraciones, y pueden ser modificadas, puede que se usen en trabajos compuestos, distorsionados, y/o tal vez sean usados en contexto inesperado, o en formas, sea también que tal vez no sea usadas para nada, yo le doy derecho a Eluna y Catholic Hospice Inc. los derechos necesarios a hacer lo precedente.

En cuanto a la medida de los derechos morales de uso de imágenes y observaciones para cualquier material promocional de mí o de mi hijo/a no puede legalmente ser renunciado, por este medio, estoy de acuerdo a no traer cualquier acción o reclamo contra Eluna o Catholic Hospice Inc.

2. Contacto. Acepto recibir información/noticias y otras comunicaciones, en forma impresa, por entrega electrónica, por teléfono y por otros medios, de Eluna y Catholic Hospice Inc. Por este medio doy mi consentimiento a la recopilación y divulgación de mi dirección postal, dirección de correo electrónico y número de teléfono a Eluna y Catholic Hospice Inc. para tales fines.

3. Liberación. En nombre mío y de mi hijo/a, por lo presente y por siempre do liberación, descargo, y estoy de acuerdo a indemnizar, defender y eximir responsabilidad a Eluna y Catholic Hospice Inc., y a cada uno de sus respectivos directores, empleados y asesores (colectivamente, “todas las personas con premisos”) de cualquier reclamo, demanda, causa de acción, daños (incluyendo, y sin limitación directa o indirecta, incidental, consecuenencial, especial, o de daños punitivos), pérdidas, gastos y responsabilidades (ya sea bajo contrato, garantía, o agravio, incluyendo negligencia (ya sea activa, pasiva, o atribuido)) relacionado a cualquier reclamo que mi hijo/a o yo podríamos tener ya sea hoy o en el futuro basados en: (a) todo uso o adaptaciones de imágenes mías o de mi hijo/a al igual que comentarios o porción de estos, de cual, o proyectos o materiales derivados de tal, incluyendo y no limitado a reclamos de difamación, invasión de privacidad o derechos de publicidad, infracción o violación de derechos morales o de cualquier otro derecho que sobre salga de alguna relación o cualquier tipo de utilización de las imágenes o comentarios mías o de mi hijo/a, incluyendo esas que estén borradas, distorsionadas, con alteraciones, ilusión óptica, o cualquier uso compuesto, ya sea a propósito o igual, o basado en cualquier fracaso o omisión que sea usada; o (b) muerte, daños personales, daños de propiedad, pecuniario o otras pérdidas, daños, valor o gastos (colectivamente, “Daño”) que puedan ser sufridas por mi hijo/a, yo, o cualquiera tercera persona o por alguien que tenga conexión con la participación mía, de mi hijo/a, voluntarios, o empleados de Camp Erin. ESTOY DE ACUERDO A INDIMIZAR Y EXONORAR A TODOS LOS REPRESENTANTES Y SUS GRUPOS DE TODOS LOS CARGOS Y CUALQUIER RECLAMO, COSTO, PERDIDAS, DAÑOS Y GASTOS

(Vuelta a la página, por favor)

(INCLUYENDO HONORARIOS RASONABLES DE ABOGADOS) QUE SEAN ACUMULADOS POR CUALQUIER PARTIDO EN CONEXION CON CUALQUIER DAÑO O RECLAMOS PRESENTADOS.

4. Representaciones y Garantías. Yo represento y certifico tener el poder, capacidad y autorización a otorgar (a) la implicación o participación de mi hijo en el Camp Erin es voluntaria, (b) Yo entiendo que hay un riesgo de peligro, daño corporal, lesiones, estrés emocional, o la muerte como resultado de mi o de la participación de mi hijo en voluntariado para o empleo por, Camp Erin, (c) Yo entiendo, además, que existe la posibilidad de que los riesgos y peligros que pueden no ser evidentes o razonablemente previsibles en este momento relacionada con mi o mi hijo en, ser voluntario para o empleo por Camp Erin, y (d) que voluntariamente, en mi nombre o en nombre de mi hijo, asume los riesgos, incluyendo, pero no limitado a, los descritos en los puntos (b) y (c) anterior. Yo represento y garantizo que tengo el poder, la capacidad y la autoridad para conceder los derechos a Eluna y Catholic Hospice Inc. aquí concedida, que este Consentimiento y Liberación constituye obligación legal y vinculante mi o de mi hijo ejecutables de acuerdo con sus términos, y que las subvenciones de derechos o cualquier parte del mismo no entrará en conflicto con ninguna subvención de acuerdos sobre derechos que yo o mi hijo han hecho.

5. Acuerdo Vinculante. Este Consentimiento y Acuerdo de Prensa refleja en su totalidad el acuerdo entre Eluna, Catholic Hospice Inc., yo y mi hijo/a, y reemplaza cualquier acuerdo anterior y discusiones con respecto a Derechos de Publicidad míos y de mi hijo/a. En la concesión de los derechos aquí, ni yo ni mi hijo/a hemos sido obligados o inducidos a hacerlo por ninguna representación o las garantías ofrecidas por Eluna, sus agentes o representantes, o Catholic Hospice Inc. y sus agentes o representantes. Este Consentimiento y Acuerdo de Prensa sólo podrá ser modificado por escrito y firmado por Eluna, Catholic Hospice Inc., y yo. Las disposiciones del presente serán vinculantes para mi, mi hijo/a, y mis herederos, representantes, ejecutores, administradores y sucesores. Eluna y Catholic Hospice Inc. puede, a su exclusivo criterio, ceder o transferir una parte o la totalidad de este Consentimiento y Liberación de Responsabilidad

6. Legislación Aplicable. Las leyes del estado de Washington gobernarán este Consentimiento y Autorización de Prensa, independientemente de la elección de principios legales. Acciones o demandas de cualquier tipo en relación a esta Autorización y Acuerdo de Prensa deberán ser presentados en una corte apropiada en el estado de Washington, USA, y las partes se someten al sede y jurisdicción de dicho tribunal y renuncian a cualquier objeción a ello (con independencia de si el individuo otorgando su firma en este Consentimiento y Autorización cambia de estado de residencia).

7. Divisibilidad. Si alguna disposición de este Consentimiento y Acuerdo de Prensa se encuentra ser inaplicable en cualquier aspecto por un tribunal de jurisdicción competente, es mi intención y entendimiento de que este Consentimiento y Acuerdo de Prensa, se harán cumplir en la mayor medida a la que se encuentra para ser legalmente exigible.

CON MI FIRMA (ABAJO), YO ESTOY DE ACUERDO Y RECONOZCO QUE HE LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTO ESTE CONSENTIMIENTO Y ACUERDO DE PRENSA; QUE LAS DISPOSICIONES CONTENIDAS EN ESTE DOCUMENTO REPRESENTAN UNA ASIGNACIÓN EN ACUERDO CON LOS RIESGOS DE CUAL ELUNA Y CATHOLIC HOSPICE INC. SE BASEN; QUE YO E FIRMADO ESTE CONSENTIMIENTO Y ACUERDO DE PRENSA DE MI VOLUNTAD PROPIA; Y QUE HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE HACER PREGUNTAS CON RESPECTO A LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE ESTE CONSENTIMIENTO Y ACUERDO DE PRENSA.

Acuerdo y Acepto: Participante del Campamento o Voluntario o Empleado o Padre/Tutor o persona de precedente

Individual participando es: Participante del Campamento Voluntario Empleado

Por favor inicie si la persona firmando es padre o tutor legal del individuo participando: _____

Nomé del participante del campamento: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Correo Electrónico (opcional – para recibir hoja informativa): _____

Nombre de Padre/Tutor legal/Voluntario/ Empleado: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado y Código Postal: _____

Número de Teléfono: movil numero casero _____

Correo Electrónico de Padre/Tutor/Voluntario/Empleado: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Participante/ Voluntario/Empleado (si tiene la edad de mayoría en el estado de residencia)

Padre/Tutor Legal (si participante/ Voluntario/ Empleado (es menor de edad en el estado de residencia)