



11-13 de junio de 2021

Foot Hill Horizons
Sonora, CA

Dando esperanza a niños que experimentan una pérdida

APLICACIÓN

Por favor mantenga esta página para su información

Primer Paso: Información acerca de cada niño o adolescentes es necesario en esta solicitud firmada y fechada por los padres o tutor legal. Una solicitud es necesaria para cada niño. Los niños o adolescentes edades 6-17 pueden aplicar.

Espacio es limitado, por favor, solicitar con anticipación.

Las solicitudes, en inglés o en español pueden ser obtenidas en www.hospiceheart.org/camp, recoger en Community Hospice 4368 Spyres Way, Modesto o del consejero(a) de la escuela.

Una copia de la solicitud completa podrá ser enviada a Community Hospice:

Enviar por correo/entregar en persona

Community Hospice
Attn: Camp Erin
4368 Spyres Way
Modesto, CA 95356

Teléfono

Tanya Hoyle 209.578.6303

Fax

209.541.3368

Correo electrónico

tanya.hoyle@hospiceheart.org

Segundo Paso: Es requerido que usted e hijo/hijos asistan una junta de casa abiertas antes del campamento. Esta junta es para que usted pueda hacer preguntas y aprender más acerca de la impresionante experiencia para su hijo o hijos. Usted tendrá la oportunidad de reunirse con nuestro personal y voluntarios del Camp Erin. Después de que recibamos su solicitud, se le notificara de las fechas y horarios de las Juntas.

Tercer Paso: Las solicitudes son examinadas en el orden recibido. Una vez la capacidad del campamento es alcanzado, las solicitudes serán colocadas en una lista de espera, o le llamaremos si un campista no puede asistir al campamento. Todas las páginas de esta solicitud deben estar completas para poder ser considerado. Todos los campistas están obligados asistir esta junta.

Nuestra agencia opera en cumplimiento del Título VI bajo la Ley de Derechos Civiles de 1964, Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Edad de Discriminación de 1975 y las Normas Federales de Privacidad HIPAA. Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad describe la manera en que podríamos usar o divulgar la información médica protegida. Puede llamar a nuestra oficina para solicitar una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad. Community Hospice cumple con todas las leyes de derechos civiles Federales aplicables y no discrimina sobre la base de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Si no habla inglés, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-209-578-6300, 1-800-735-2929 (TTY). ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-209-578-6300, 1-800-855-3000 (TTY). CA100000783 | CA100000613

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre completo del niño/niña	Genero	Fecha de nacimiento	Talla de camiseta
			Adulto: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/> XXL <input type="checkbox"/> XXXL Niño: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL

Padres/o Tutor lega nombre y apellido _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Correo electrónico _____

Teléfono de casa _____ Teléfono de trabajo _____ Teléfono celular _____

Mejor manera de comunicarnos con usted _____

La escuela del niño _____ El grado _____

¿Es uno de los padres/tutores un activo, de reserva o miembro de la guardia nacional militar o veterano militar? Sí No

Si es así, ¿Qué ramo militar? _____

¿Hay otros niños en su familia aplicando? Sí No

Nombre _____ Edad _____

Agregue otros nombres y edades en el lado de la marcha atrás.

¿Como se enteró de este programa? _____

¿El solicitante para campista califica o recibe almuerzo gratis en la escuela? Sí No

Alguna vez su niño/niña:

¿Asistió un campamento de día? Sí No ¿Asistió un campamento de noche? Si No

¿Paso la noche fuera de casa? Sí No ¿Asistido compamento de Erin antes? Si No

INFORMACIÓN MÉDICA

(Por favor use el otro lado si es necesario)

Su niño/niña tiene lo siguiente:

¿Limitaciones físicas o de desarrollo? Sí No

¿Su hijo está tomando algún medicamento? Sí No

¿Su hijo tiene alergia? Sí No

¿Su hijo tiene alguna alergia alimentaria? Sí No

¿Existen restricciones en la dieta? Sí No

Si usted contesto si alguna de estas preguntas sírvase proporcionar información detallada _____

En caso de contacto de emergencia:

Nombre _____ Telefono _____ Relacion _____

HISTORIA DE DUELO

Por favor, incluya todos los detalles como le sea posible al responder a las siguientes preguntas. Entendemos que puede ser difícil de contestar algunas de estas preguntas; Sin embargo, queremos proveer la mejor atención posible para su hijo.

1. Nombre completo del difunto _____ Relación con el niño/niña _____

2. Fecha de nacimiento del fallecido _____ Fecha de muerte _____

3. Edad del fallecido en el momento de la muerte _____ La edad del niño al momento de la muerte _____

4. ¿Fue la muerte anticipada o repentina? _____

5. ¿Cuál fue la causa del fallecido? _____

6. Donde paso el fallecido? _____

7. El hijo estaba presente en el momento de la muerte? _____

8. El hijo veo el difunto después de la muerte? _____

9. ¿Cómo reacciona su hijo a la muerte del fallecido? _____

10. ¿Fue el fallecido un miembro activo, de reserva, o miembro de la guardia nacional militar o veterano militar? Sí No
Si es así, ¿Qué ramo militar? _____
11. ¿Hubo un funeral o servicio conmemorativo? Sí No
Si contesto sí, asistió su hijo y cuáles fueron los comentarios y las reacciones en cuanto a los servicios?

12. ¿El hijo vivió con el fallecido? _____
13. ¿Cómo describiría la relación de su hijo con el fallecido? _____
14. ¿Cómo describiría el estilo de Comunicación de su familia con respeto a la muerte? _____
15. ¿Su hijo habla abiertamente de la persona que falleció? _____
16. Por favor explique, ¿cómo su niño/niña indica el que está en duelo? _____
17. ¿Está la primer experiencia de muerte para el niño/niña? _____
Si contesto no, comente sobre otras muertes que su hijo ha experimentado? _____

REACCIÓN DE LA PÉRDIDA

Marque una X si su hijo ha mostrado alguna de las siguientes **desde** la muerte del ser querido:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Falta de energía | <input type="checkbox"/> Preocupación por su seguridad o por los demás | <input type="checkbox"/> Aumentar peso |
| <input type="checkbox"/> Aislamiento | <input type="checkbox"/> Hiperactivos impulsivos | <input type="checkbox"/> Disminuir peso |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Problemas de conducta en la escuela | <input type="checkbox"/> Dificultades con los compañeros |
| <input type="checkbox"/> Pensamientos o Conversaciones de suicidio | <input type="checkbox"/> Problemas de conducta en el hogar | <input type="checkbox"/> Drogas y el consumo de alcohol |
| <input type="checkbox"/> Dificultades de concentración | <input type="checkbox"/> Huir de casa | <input type="checkbox"/> Causa daño a otros |
| <input type="checkbox"/> Causando daño a si mismo | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza o de estomago | <input type="checkbox"/> Miente |
| <input type="checkbox"/> Perdida de interés en actividades habituales | <input type="checkbox"/> Sonambulismo | <input type="checkbox"/> Robo |
| <input type="checkbox"/> Comportamiento sexual inadecuado | <input type="checkbox"/> Orinarse en la cama | <input type="checkbox"/> Destrucción de la propiedad |
| <input type="checkbox"/> Temores | <input type="checkbox"/> Pesadillas | <input type="checkbox"/> Cólera |
| <input type="checkbox"/> Tristeza | <input type="checkbox"/> Sudores nocturnos | <input type="checkbox"/> Incredulidad |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Creencia que la muerte fue su culpa | <input type="checkbox"/> Siempre tratando de estar en control y perfecto |
| | <input type="checkbox"/> Creencia que la muerte es un castigo | <input type="checkbox"/> Cambios en la forma que él/ella se siente |
| | <input type="checkbox"/> Cambios en la asistencia a la escuela | |

OTRA INFORMACIÓN IMPORTANTE

1. Por favor marque una X al lado de cualquier soporte profesional que su hijo ha recibido: Sí No
 Consejero de la escuela Terapeuta de salud mental Apoyo Pastoral
 Grupo de Apoyo Psiquiatra Fechas aproximadas cuando empezó y termino cada uno _____
2. ¿Se han producido otros cambios o estrés en la vida del niño/niña (enfermedades, reubicación, nuevo matrimonio, finanzas, Divorcio u otras perdidas)? _____
3. ¿Su hijo ha sufrido abusos de cualquier tipo? _____
Si contesto sí, por favor explique _____

4. Por favor explique, ¿la personalidad y el carácter de su hijo? _____

5. ¿Hay algo que debemos tener en cuenta para servir mejor a su hijo en estas áreas?
 (Esta pregunta es voluntaria y solo será utilizada para ayudar a su hijo con el proceso de duelo).
 Idioma Discapacidad Necesidades religiosas Otro
 Por favor explique _____

6. ¿Hay otras necesidades especiales, las costumbres familiares, aspectos culturales que su hijo ocupa y que debemos estar conscientes?

7. ¿Su hijo ha mostrado cualquier comportamiento o humor que le preocupa? _____
 Si contesto sí por favor explique: _____

8. Su hijo ha experimentado dificultades para dormir por la noche? (si contesto sí, por favor explique cómo puede afectarle en el Camp Erin? _____

9. ¿Hace su hijo disfruta de artes expresivas (Actuando, Musica, Escribiendo)? Sí No
 ¿Hace su hijo disfruta de actividades físicas? Sí No
 ¿Hace su hijo disfruta del arte y la artesanía? Sí No
 ¿Hace su hijo disfruta de actividades en grupo? Sí No
 ¿Describa el nivel de natación? Ninguna Principiante Intermedio Avanzado
10. ¿Por favor indique los intereses especiales y aficciones que tiene el hijo? _____

11. ¿Hay algo más que debemos saber para servir mejor su hijo? _____

12. ¿Usted y su hijo han hablado de la posibilidad de que él o ella venga al Camp Erin? _____

13. ¿Qué esperanza tiene que su hijo se beneficie al asistir al Camp Erin? _____

 Nombre de padres o Tutor Legal

 Firma de padres o Tutor Legal

 Fecha

 Relación con el niño/niña