



Queridas familias posibles campistas:

¡Nos pone muy contentos su interés en Camp Erin® South Florida!

Camp Erin es un campamento de duelo **GRATUITO** de una noche durante el fin de semana para niños y adolescentes de 6 a 17 años que hayan sufrido la muerte de un ser querido. Camp Erin combina apoyo emocional y educación ante el duelo con actividades de campamento divertidas y tradicionales. Nuestros profesionales expertos en duelo y voluntarios capacitados ofrecen a los campistas un ambiente afectuoso y solidario para explorar su dolor, aprender habilidades esenciales para sobrellevar el duelo y establecer vínculos significativos con otros jóvenes de su edad que también están atravesando un duelo.

Para registrar a su(s) hijo(s) en Camp Erin, complete los siguientes pasos:

1. **ENVIAR UNA SOLICITUD DE CAMPISTA:** Complete y envíe una solicitud de campista por niño a [CampErin@catholichospice.org](mailto:CampErin@catholichospice.org). Adjunte una copia de la tarjeta de seguro de salud de su hijo (si corresponde).
2. **COMPLETAR UNA ENTREVISTA FAMILIAR:** Después de recibir su solicitud, un miembro del equipo de Camp Erin se pondrá en contacto con usted para programar una entrevista familiar a fin de revisar su(s) solicitud(es) y ayudar a su familia a conocer mejor el programa de nuestro campamento. La entrevista también nos ayudará a conocer a su(s) hijo(s) y determinar si está(n) listo(s) para asistir al campamento y si Camp Erin se adapta a sus necesidades de ese momento.
3. **ASISTIR A LA ORIENTACIÓN “RESERVE SU LUGAR” (“SAVE YOUR SPOT”) PARA CAMPISTAS:** “Reserve su lugar” es una oportunidad para que usted y su(s) campista(s) conozcan a nuestro equipo de Camp Erin y a otros campistas, así como para aprender más sobre lo que puede esperar del campamento. **La asistencia es obligatoria y confirmará el lugar de su(s) hijo(s) en el campamento.** Los detalles de la orientación se compartirán después de la entrevista familiar.
4. **ASISTIR AL CAMPAMENTO:** Una vez que haya completado los pasos anteriores, ¡lo único que resta es que su(s) hijo(s) asista(n) al campamento! Después de concurrir a Camp Erin por primera vez, los campistas pueden regresar UNA vez al año.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar su solicitud, comuníquese con nuestro equipo por teléfono al **(954) 944-2709** o por correo electrónico a **[CampErin@catholichospice.org](mailto:CampErin@catholichospice.org)**.

Cordialmente,  
**The Camp Erin South Florida Team**

*Camp Erin South Florida is brought to you by Catholic Hospice in partnership with Eluna Network*  
14875 NW 77th Avenue #100, Miami Lakes, FL 33014  
Website: [www.campersinsouthflorida.org](http://www.campersinsouthflorida.org) | Instagram: [@CampErinSouthFlorida](https://www.instagram.com/CampErinSouthFlorida)





## SOLICITUD DE CAMPISTA PARA CAMP ERIN SOUTH FLORIDA 2025

Nombre completo del niño: \_\_\_\_\_ Nombre preferido: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Talla de camiseta: \_\_\_\_\_

Género:  Hombre  Mujer  No binario Pronombres preferidos: \_\_\_\_\_  
(Ejemplos: Ella/de ella, Él/de él, Ellos/de ellos)

Dirección postal del niño (calle/ciudad/estado/código postal): \_\_\_\_\_

Raza/Etnia (marque TODAS las que correspondan):  Negro/Afroamericano  Blanco/Caucásico  Hispano/Latino  
 Asiático  Multirracial  Otro (por favor indique): \_\_\_\_\_

¿Este campista ya ha asistido a Camp Erin?  Sí  No Si la respuesta es Sí, ¿Año/Localidad? \_\_\_\_\_

¿Habló con su hijo sobre la posibilidad de asistir a Camp Erin?  Sí  No

Principales inquietudes y/o beneficios que espera que su hijo obtenga en Camp Erin: \_\_\_\_\_

Indique si necesitará ayuda con el transporte. **(SOLO PARA CAMPISTAS EN CAMP OWAISSA BAUER EN HOMESTEAD)**

**BUS DE BROWARD:** 4790 N State Road 7, Lauderdale Lakes, FL 33319

**BUS DE MIAMI:** 14875 NW 77th Avenue, Miami Lakes, FL 33014

**DIRECTO:** No, no necesitaré ayuda con el transporte. Llevaré a mi campista al campamento y lo recogeré.

¿Algún miembro de la familia tiene filiación militar?  Sí  No Si la respuesta es Sí, ¿de qué rama? \_\_\_\_\_

¿La persona fallecida era cuidador significativo del campista?  Sí  No

En el último año, ¿usted o alguien de su familia calificó para algún programa de asistencia del gobierno?  Sí  No

Nombre del padre/tutor legal: \_\_\_\_\_ Relación con el niño: \_\_\_\_\_

Correo electrónico (en letra de imprenta clara): \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

¿Recibe mensajes de texto?  Sí  No Mejor hora para contactarlo : \_\_\_\_\_

Nombre del contacto de emergencia (distinto del padre/tutor): \_\_\_\_\_

Relación con el niño: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

¿Cómo supo de Camp Erin? \_\_\_\_\_



NOMBRE DEL CAMPISTA: \_\_\_\_\_

## HISTORIA DE DUELO DEL CAMPISTA

AL RESPONDER LAS SIGUIENTES PREGUNTAS, INCLUYA LA MAYOR CANTIDAD DE INFORMACIÓN POSIBLE. ENTENDEMOS QUE RESPONDER ALGUNAS DE ESTAS PREGUNTAS PODRÍA SER DIFÍCIL. NO OBSTANTE, QUEREMOS PODER BRINDAR A SU HIJO LA MEJOR ATENCIÓN POSIBLE.

Nombre completo de la persona fallecida: \_\_\_\_\_ Relación con el niño: \_\_\_\_\_

Fecha de muerte: \_\_\_\_\_ Edad de la persona fallecida al momento de la muerte: \_\_\_\_\_

¿Fue una muerte anticipada o repentina? \_\_\_\_\_ Causa de muerte: \_\_\_\_\_

Describe cómo se explicó la muerte al niño: \_\_\_\_\_

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

Abierto

Adecuado

Muy escaso

Se evita

Sin comunicación

Marque si alguna de las siguientes afirmaciones es **VERDADERA**:

El niño/adolescente estaba presente en el momento de la muerte.

El niño/adolescente no entiende los hechos vinculados a la causa de muerte de la persona fallecida.

El niño/adolescente actualmente recibe ayuda profesional. En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

Esta no es la primera experiencia del niño con la muerte. En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

Indique otros factores que podrían afectar el duelo del niño (por ej., cambios, enfermedad, reubicación, divorcio, historia de abuso, nuevo matrimonio, finanzas, otras pérdidas) \_\_\_\_\_

Describe cómo muestra su hijo que está atravesando un duelo. ¿Habla abiertamente sobre la persona fallecida? \_\_\_\_\_

Reacción ante la pérdida: (marque todas las conductas que su hijo ha tenido tras la muerte de su ser querido)

Separación/Aislamiento

Uso de drogas/alcohol

Miedo a \_\_\_\_\_

Depresión/Tristeza

Daño a sí mismo/a otros

Cree que la muerte fue su culpa

Ideas/comentarios suicidas

Enojo/Agresividad

Cree que la muerte es un castigo

Pesadillas

Ataques de llanto

Ansiedad por separación

Otra (describala): \_\_\_\_\_

Dificultad con: (marque todas las que correspondan)  Energía  Peso  Asistencia escolar  Autoestima

Describe la personalidad y cualquier necesidad especial de su hijo (i.e., lenguaje, discapacidad y/o necesidades religiosas), costumbres familiares, aspectos culturales, conductas/estados de ánimo preocupantes que debemos conocer para brindar una mayor atención a su hijo: \_\_\_\_\_



## CONSENTIMIENTO PARA ATENCIÓN MÉDICA/QUIRÚRGICA, TRATAMIENTO DE EMERGENCIA Y FORMULARIO DE INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Relación con el niño: \_\_\_\_\_

Como padre/tutor legal del niño mencionado arriba, autorizo plenamente a que el personal o los agentes de Camp Erin® obtengan atención médica o tratamiento para dicho joven. Este tratamiento puede incluir la asistencia del médico, la clínica médica, el hospital, el enfermero habilitado, el paramédico u otro profesional de la salud que se encuentre más cercano en caso de enfermedad o lesión que requiera atención inmediata según lo determinado por el personal de Camp Erin. Si se presenta una emergencia y no puedo ser contactado, autorizo a la institución médica tratante y/o a los proveedores de asistencia médica a brindar cualquier atención médica necesaria para mi hijo. Además, autorizo a Camp Erin y sus agentes a divulgar cualquier parte y la totalidad de la información que consideren apropiada y según sea necesario para asegurar la adecuada atención de mi hijo. Acepto que soy responsable de cualquier atención brindada a mi hijo y que indemnizaré y eximiré de responsabilidad a Camp Erin por dicha atención o los costos o gastos relacionados.

**Describa cualquier cuestión y/o problema de salud que tenga su hijo (i.e., limitaciones físicas, restricciones dietéticas, uso de lentes correctivas (gafas/de contacto), antecedentes médicos relevantes, etc. Si no tiene ninguno, escriba "NINGUNO":**

\_\_\_\_\_

**Haga una lista de todos los medicamentos\* (con o sin receta) que su hijo necesitará mientras esté en el campamento:**

Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia	Médico que lo recetó	Motivo para tomarlo

**TRAIGA TODOS LOS MEDICAMENTOS EN SUS CONTENEDORES ORIGINALES**

**Haga una lista de las alergias (i.e., estacional, alimentos medicamentos y cualquier otra alergia) e indique las reacciones:**

\_\_\_\_\_

¿Su hijo tiene médico de cabecera (PCP)?  Sí  No

Nombre del médico de cabecera del niño: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección del médico: \_\_\_\_\_

¿Hay un hospital que sea de uso obligatorio en su seguro?  Sí  No

Si la respuesta es Sí, indique el nombre y la dirección del hospital elegido: \_\_\_\_\_

¿Su hijo tiene seguro médico?  Sí\*  No \*SI LA RESPUESTA ES SÍ, ADJUNTE UNA COPIA DE LA TARJETA DEL SEGURO MÉDICO

Nombre de la compañía del seguro médico: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Número de póliza y grupo: \_\_\_\_\_

Firma del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



NOMBRE DEL CAMPISTA:

## FORMULARIO DE CESIÓN DE CUSTODIA

**Nombre del campista:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento del campista:** \_\_\_\_\_

Soy el padre o tutor legal del niño campista identificado arriba. Por la presente, autorizo y ordeno a Camp Erin®, su personal y/o sus voluntarios a entregar al niño campista a la(s) siguiente(s) persona(s) durante o al término de Camp Erin a los efectos de transportar o de otra manera asumir la custodia del niño campista:

**Nombre de la persona autorizada:** \_\_\_\_\_

**Dirección (calle/ciudad/estado/código postal):** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono particular:** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono celular:** \_\_\_\_\_

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

Si es necesario que mi hijo deje Camp Erin antes de que finalice el programa debido a una enfermedad, lesión o problemas de comportamiento, y yo no puedo ser localizado, autorizo que mi hijo sea entregado a la custodia de la persona identificada arriba. Entiendo que Camp Erin puede pedir una identificación con foto a cualquier persona que recoja al niño campista de Camp Erin, incluido yo.

Por la presente, libero a Camp Erin, su personal, voluntarios y representantes de la responsabilidad de entregar al niño campista a la persona identificada arriba.

Entiendo y estoy de acuerdo en que, en caso de asistencia sanitaria necesaria u otra emergencia, Camp Erin puede entregar a mi hijo a profesionales médicos u otro personal apropiado.

He leído y entendido la totalidad de este formulario y acepto las condiciones del contrato.

\_\_\_\_\_  
**Firma del padre/tutor**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**



<b>NOMBRE DEL CAMPISTA:</b> _____
--------------------------------------

## DECLARACIÓN DE PROTECCIÓN DE LA PRIVACIDAD DE CATHOLIC HOSPICE, INC.

Yo, quien suscribe, soy el tutor de \_\_\_\_\_ y por la presente participo voluntariamente y doy autorización para que el menor aparezca en fotografías y/o entrevistas relacionadas con Camp Erin® y sus actividades.

Por la presente, autorizo el uso de los materiales arriba mencionados en cualquier formato de medios de comunicación (publicaciones, radio, televisión o Internet). También entiendo que mi identidad puede ser revelada en relación con las fotografías y/o entrevistas.

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

Por la presente, consiento a lo anterior, sin expectativa ni remuneración para mí ahora o en el futuro. El acuerdo será vinculante para mis herederos, representantes personales y cesionarios.

Marque aquí si **NO** consiente ni autoriza que su hijo aparezca en fotografías y/o entrevistas relacionadas con Camp Erin® y sus actividades.

\_\_\_\_\_  
Nombre en imprenta (Padre o Tutor Legal)

\_\_\_\_\_  
Nombre en imprenta (Catholic Hospice Rep.)

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Firma de Catholic Hospice Rep.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Fecha