



2019 Camp Erin® Santa Cruz Aplicación del Participante

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE (Llenar una aplicación por participante) FAVOR DE ESCRIBIR EN FORMA LEGIBLE

Nombre Participante: _____

Nombre que el Participante prefiere usar: _____ **Sexo:** Masculino Femenino

Edad: _____ **Fecha Nacimiento (MM/DD/AAAA):** _____ **Grado:** _____

Raza/Etnicidad (Usamos esta información para juntar estadísticas demográficas. Marque las que aplican): Africano-Americano
 Americano Nativo Asiático Blanco Nativo de Hawaii o Islas del Pacífico Hispánico/Latino
 Multi-Racial Otro: _____

Nombre de la Escuela: _____

Hermanos (nombres/edades): _____

PADRE/GUARDIÁN: _____ **Relación con participante:** _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

Teléfono: Día: (____) _____ **Noche:** (____) _____ **Cel:** (____) _____

Correo electrónico (Lo usamos para comunicarle información importante): _____

¿Cuál es el mejor momento para encontrarle? (ej. tarde, correo electrónico): _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA: favor de escribir dos personas además de usted para contactar en caso de emergencia en el campamento:

Contacto de emergencia #1 nombre: _____ **Relación con el participante:** _____

Teléfono: Día: (____) _____ **Noche:** (____) _____ **Cel:** (____) _____

Contacto de emergencia #2 nombre: _____ **Relación con el participante:** _____

Teléfono: Día: (____) _____ **Noche:** (____) _____ **Cel:** (____) _____

¿Ha participado de Camp Erin antes? Sí (señale año/lugar): _____ No

¿Ha recibido el participante servicios de apoyo para el duelo de Hospice of Santa Cruz County (HSCC)?

Sí (fechas) _____ No

¿Le gustaría recibir información sobre eventos y servicios de HSCC? Sí No

¿Cómo escuchó hablar de Camp Erin (marque todos lo que aplican)?

HSCC Escuela Internet Publicidad Otro (especifique): _____

HISTORIA DE LA PÉRDIDA (AGREGUE OTRA HOJA SI NECESITA MÁS ESPACIO)

Nombre(s) de la(s) persona(s) que murió/murieron: _____

Relación con el niño: _____

Fecha(s) de la(s) muerte(s): _____ Edad(es) de la(s) persona(s) fallecida(s) en el momento de la muerte: _____

¿Cuál fue la causa de la muerte? _____

¿Fue la muerte anticipada? Sí No

¿Estaba presente el niño en el momento de la muerte? Sí No

¿Fue el niño al funeral/memorial? Sí No

Si fue, cuáles fueron las reacciones/comentarios del niño sobre el servicio? _____

¿Habla usted con el niño sobre la persona fallecida? Sí No

¿Recibió el niño consejería antes o después de la muerte? Sí No

Si lo hizo, favor de mencionar servicios recibidos, y por cuánto tiempo:

¿Recibió el niño apoyo para el duelo antes o después de la muerte? Sí No

Si lo hizo, favor de mencionar servicios recibidos, y por cuánto tiempo:

Describa la relación del niño con la persona fallecida (ej., cercana, lejana): _____

¿Cómo reaccionó el niño a la muerte? _____

Describa cómo el niño expresa el dolor de su pérdida. _____

¿Ha el niño expresado alguno de estos comportamientos? (marque todos los que correspondan.)

- Depresión Miedos Mentir Robar Romper propiedad
 Irse de la casa Hablar de suicidio Regresión Pesadillas Dificultad para dormir
 Daño a sí mismo Daño a otros Uso de drogas/alcohol Problemas de comportamiento (casa)
 Problemas de comportamiento (escuela) Comportamiento sexual inusual/inapropiado

¿Ha el niño sufrido otras muertes? Sí No

En caso afirmativo, favor de mencionar las muertes y cómo impactaron al niño:

Describa otros cambios/tensiones en la vida del niño (ej., divorcio, enfermedad, mudanza).

¿Le ha preocupado algo que su niño haya hecho o dicho recientemente? Sí No

En caso afirmativo, favor de mencionar:

La persona fallecida era un miembro activo del servicio militar, de reserva o guardia nacional, o veterano de guerra? Sí No

En caso afirmativo, de qué servicios? _____

¿Es alguno de los padres un miembro del servicio militar, de reserva o guardia nacional, o veterano de guerra?

Sí No

En caso afirmativo, de qué servicios? _____

INFORMACIÓN SOBRE EL CAMPAMENTO (AGREGUE UNA HOJA SI NECESITA MÁS ESPACIO)

¿Habló usted con su niño sobre asistir a Camp Erin? Sí No

¿Tiene preguntas/preocupaciones acerca de que su niño asista el campamento?

¿Expresó su niño alguna pregunta o preocupación? _____

Ha su niño alguna vez:

- Pasado una noche fuera de casa? Sí No
Asistió a un campamento de día? Sí No
Pasado la noche en un campamento? Sí No

Nivel de natación: Principiante Intermedio Avanzado No sabe nadar

Mencione intereses especiales de su niño : _____

Mencione restricciones alimenticias o alergias a comidas (ej., vegetariano, intolerancia a lactosa, alérgico al maní):

Escriba cualquier necesidad médica especial o desafíos físicos de su niño (ej, asma, diabetes, etc.)

¿Hay algo más que deberíamos saber sobre las creencias o prácticas religiosas de su niño?

¿Si hubiera animales como parte de la experiencia de Camp Erin experience le preocuparía i.e. perros de terapia?

¿Deberíamos saber algo más para servir mejor a su niño?

Tamaño remera (marque una):

- | | | |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Niño Pequeño | <input type="checkbox"/> Niño Mediano | <input type="checkbox"/> Niño Grande |
| <input type="checkbox"/> Adulto Pequeño | <input type="checkbox"/> Adult Mediano | <input type="checkbox"/> Adult Grande |
| <input type="checkbox"/> Adulto Extra Grande XL | <input type="checkbox"/> Adulto XXL L | <input type="checkbox"/> Adulto 2X |

Ingreso familiar anual: ____ menos de \$36,900
____ más de \$36,900

NOMBRE (letra de imprenta): _____

FIRMA: _____ **FECHA:** _____

Relación con el participante: _____

FAVOR DE ENVIAR A: Hospice of Santa Cruz County
Attn: Camp Erin
940 Disc Drive
Scotts Valley, CA 95066
Email: CampErin@HospiceSantaCruz.org
Fax 831-430-9081

CAMP ERIN INFORMACIÓN DE CONTACTO:

Hospice of Santa Cruz County
940 Disc Drive Scotts Valley, CA 95066
Teléfono: (831) 430-3090
Email: CampErin@HospiceSantaCruz.org