



Aplicación Campamento Chrysalis

Mas información: 772.567.5551

INFORMACIÓN DEL CAMPISTA

CAMPISTA

Nombre del Campista: _____

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Género: ☐ Femenino ☐ Masculino

Escuela: _____ Grado: _____

FAMILIA

Nombre del Padre/Representante legal: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Codigo Postal _____

Hogar: (____) _____ Trabajo: (____) _____ Celular: (____) _____

Email: _____

Nombre del adulto responsable para dejar y recoger al niño y su relación (si es diferente del notado):

Hogar: (____) _____ Trabajo: (____) _____ Celular: (____) _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA

Por favor enumere 2 personas de contacto/entrega del niño en caso de emergencia:

Nombre: _____ Relación con el niño: _____

Hogar: (____) _____ Trabajo: (____) _____ Celular: (____) _____

Nombre: _____ Relación con el niño: _____

Hogar: (____) _____ Trabajo: (____) _____ Celular: (____) _____



HISTORIA DE DUELO DEL CAMPISTA

Nombre del ser amado fallecido: _____

Cual fue la relación con él? (Madre, Abuelo, etc.) _____

Fecha de Muerte: _____ Causa de Muerte: _____

¿Recibió el ser querido servicios de hospicio? Si__ No__

¿Su campista ha experimentado múltiples muertes? En caso afirmativo, enumere.

¿Ha recibido su campista apoyo profesional? (es decir, psicólogo, psiquiatra, consejero pastoral, consejero escolar). ¿Si es así, explique por favor? _____

¿Su campista ha experimentado alguno de los siguientes? Por favor marque todos los que apliquen:

- | | |
|--|--|
| ☐ Arrebatos enojados | ☐ Cambios extremos de comportamiento. |
| ☐ Se aísla a sí mismo | ☐ Quejas físicas frecuentes |
| ☐ Pesadillas frecuentes | ☐ Largos episodios de tristeza |

¿Cuáles son sus preocupaciones por su campista relacionadas con su dolor?

¿Algún otro cambio/estrés en la vida de tu campista? (divorcio, enfermedad, reubicación, etc.)

¿Hay algo más que le gustaría que el personal del campamento sepa sobre su hijo?

¿Ha asistido su hijo a Camp Chrysalis antes? Si____ No____

¿Está interesado en obtener información adicional sobre el soporte de duelo de VNA para su campista?

Si____ No____



Aplicación Campamento Chrysalis

Mas información: 772.567.5551

FORMULARIO DE SALUD E INFORMACIÓN

Nombre del Niño: _____ Fecha de nacimiento _____ Edad: _____

Nombre del médico del niño: _____ Número de teléfono del médico: _____

ALERGIAS: Enumere todas y cada una de las alergias que el campista tiene por tipo. Tenga en cuenta la gravedad de la alergia y describa la reacción alérgica. Si se requiere medicación, indique el tipo, la frecuencia y la dosis.

Alergias a los alimentos: _____

Alergias a la medicación: _____

Alergias vegetales: _____

Alergias a animales / insectos: _____

Otras alergias: _____

OPERACIONES Y ENFERMEDADES GRAVES / CRÓNICAS:

¿El campista ha tenido alguna operación? Si ____ No ____

¿Ha tenido el campista alguna enfermedad grave o crónica? Si ____ No ____

En caso afirmativo a cualquiera de las preguntas, explique:

CONDICIONES MÉDICAS: Verifique cualquier condición a la que el campista sea propenso:

____ Desmayo

____ Diarrea

____ Alta presión sanguínea

____ Convulsiones

____ Estreñimiento

____ Otro/Otra

____ Dolores de cabeza

____ Problemas del corazón

____ Dolor de estómago

____ Asma/problemas respiratorios

MEDICAMENTOS: Haga una lista de los medicamentos y especifique para qué se usa el medicamento, cuándo debe tomarse y cuál es la dosis. **TODA LA MEDICACIÓN DEBE ESTAR EN UN ENVASE ORIGINAL CON EL NOMBRE DEL CAMPISTA EN LA LISTA.**

Medicamentos que el niño tomará mientras esté en el campamento:

Nombre de medicamentos/dosis ¿Para qué se da? ¿A qué hora (s) y con qué frecuencia?



Aplicación Campamento Chrysalis

Mas información: 772.567.5551

ACTIVIDADES

Participaremos en algunas actividades externas durante Camp Chrysalis. Los voluntarios del campamento supervisarán la seguridad de su hijo durante todas las actividades. Haga los arreglos para los suministros adecuados necesarios para la seguridad y comodidad de su hijo.

DECLARACIÓN DE PERMISO PARA PADRES / TUTORES LEGALES

Verifico que la información médica anterior es completa y precisa y que mi hijo no tiene afecciones médicas o diagnósticos que le impidan participar de manera segura en el campamento. Por la presente autorizo la llamada de un médico para proporcionar cualquier tratamiento médico o quirúrgico de emergencia que sea necesario, incluyendo: radiografías, pruebas de rutina, hospitalización, anestesia y / o cirugía para el campista como se mencionó anteriormente en caso de que no pueda ser contactado en una emergencia. Esto puede ser fotocopiado para uso fuera del campamento.

Firma del padre/tutor legal

Fecha

Nombre impreso del padre/tutor legal

Autorización de medicación

Por la presente autorizo a la enfermera a administrar _____ los medicamentos enumerados y descritos anteriormente.

Firma del padre/tutor legal

Fecha

Nombre impreso del padre/tutor legal



Aplicación Campamento Chrysalis

Mas información: 772.567.5551

CONSENTIMIENTO INFORMADO, LIBERACIÓN Y ACUERDO DE INDENMIFICACIÓN

1. Yo, _____ por la presente doy permiso para mi hijo, _____ para asistir a CAMP CHRYSALIS. Entiendo que el objetivo es ayudar a facilitar el proceso de duelo de mi hijo y brindarle apoyo para que exprese sentimientos de dolor.

2. Considerando que el niño mencionado anteriormente recibe permiso de VNA / HOSPICE para asistir a CAMP CHRYSALIS, yo, para mí y en nombre de mi hijo, libero y descargo a VNA / Hospice, sus agentes, empleados, voluntarios y oficiales forman todo reclamos, demandas, acciones y juicios, que mi hijo o yo alguna vez tuvimos o que ahora tenemos contra VNA / Hospice por todas las lesiones personales, ya sean físicas o emocionales, conocidas o desconocidas, y lesiones a la propiedad, reales o personales sufridas por la persona de mi hijo o propiedad, durante su asistencia a CAMP CHRYSALIS, ya sea que la lesión haya sido causada por negligencia o por cualquier otra falla.

3. Además, en consideración de que el niño mencionado anteriormente recibe permiso de VNA / HOSPICE para asistir a CAMP CHRYSALIS. Acepto indemnizar y eximir de responsabilidad a VNA / Hospice por todos y cada uno de los reclamos, demandas, acciones y juicios de cualquier nombre y naturaleza, tanto en derecho como en equidad, que mi hijo alguna vez tuvo o ahora tiene o puede tener contra VNA / Hospice por todas las lesiones personales, ya sean físicas o emocionales, conocidas o desconocidas, y lesiones a la propiedad, reales o personales, sufridas por la persona o propiedad de mi hijo durante su asistencia a CAMP CHRYSALIS, incluidas, entre otras, lesiones causadas por VNA / Negligencia propia del hospicio.

Yo, el abajo firmante, he leído este comunicado y entiendo todos sus términos.

Firma del padre/tutor legal

Fecha

Nombre impreso del padre/tutor legal



Aplicación Campamento Chrysalis

Mas información: 772.567.5551

CONSENTIMIENTO Y PUBLICACIÓN FOTOGRÁFICA / VIDEO

Doy mi consentimiento y acepto que la Asociación de Enfermeras Visitantes de Treasure Coast Inc., sus empleados o agentes tienen el derecho de tomar fotografías o grabar videos míos (y / o de mi propiedad) y usarlos en todos y cada uno de los medios, ahora o en el futuro conocido, y para cualquier propósito. Doy mi consentimiento adicional para que mi nombre e identidad puedan ser reveladas en el mismo o mediante un texto descriptivo o comentario.

Por la presente, libero a la Asociación de Enfermeras Visitantes de Treasure Coast Inc., sus agentes y empleados todos los derechos para exhibir este trabajo en forma impresa y electrónica pública o privada y para comercializar y vender copias. Renuncio a cualquier derecho, reclamo o interés que pueda tener para controlar el uso de mi identidad o semejanza en las fotografías y acepto que cualquier uso descrito en este documento puede hacerse sin compensación o consideración adicional de mi parte.

Declaro que tengo al menos 18 años de edad, y que he leído y entiendo la declaración anterior, y soy competente para ejecutar este acuerdo.

Nombre de Campista: _____

Firma del padre/tutor legal

Fecha

Nombre impreso del padre/tutor legal



Aplicación Campamento Chrysalis

Mas información: 772.567.5551

POLÍTICA DE TELÉFONO CELULAR / DISPOSITIVO ELECTRÓNICO

Camp Chrysalis es una zona de teléfono sin celular ni dispositivo electrónico. Para proteger la privacidad de los campistas, el VNA no permite que los campistas posean teléfonos celulares y / o dispositivos electrónicos en Camp Chrysalis.

Queremos que los campistas se concentren en las conexiones que se hacen en el campamento. Sin embargo, tenga la seguridad de que los consejeros del campamento no dudarán en llamar si hay una preocupación importante con su hijo. Los consejeros también estarán disponibles al final del día para proporcionar comentarios sobre la experiencia de su hijo en el campamento.

El personal del campamento estará equipado con teléfonos en caso de que sea necesaria la comunicación con su campista. Recibirá números de teléfono de contacto al iniciar sesión en el campamento.

Firma del padre/tutor legal

Fecha

Nombre impreso del padre/tutor legal



Aplicación Campamento Chrysalis
Mas información: 772.567.5551

LA PROMESA DEL CAMPISTA

Quiero venir al Campamento Chrysalis para DIVERTIRME, conocer a otros niños en duelo y aprender más sobre mi dolor.

Firma/Fecha del campista

Prometo cooperar con los consejeros del campamento, respetar los sentimientos y la propiedad de otros campistas y obedecer las Reglas del campamento.

Firma/Fecha del campista

Firma / Fecha del padre/tutor