



LOMA LINDA UNIVERSITY
CHILDREN'S HOSPITAL

Camp Good Grief

Formulario de inscripción

Send to: **Loma Linda University Children's Hospital, Rm 1801**
para entregar a Dorothy Clark Brooks, Child Life Services
PO Box 2000
Loma Linda, CA 92354

Fecha _____

Nombre _____ Curso _____ Edad _____

El niño del nombre va por _____

Domicilio _____

Ciudad _____ Estado _____ Cód. postal _____

Teléfono _____ Teléfono celular _____ Hombre Mujer

E-mail _____ Fecha de nacimiento _____

Proveedor de seguro médico _____

Número de póliza _____

Dirección de facturación del seguro médico _____

Afiliación religiosa (si existiese alguna) _____

Nombre del padre _____

Teléfono particular _____ Teléfono laboral _____

Teléfono celular _____

Nombre de la madre _____

Teléfono particular _____ Teléfono laboral _____

Teléfono celular _____

Nombre del fallecido _____

Relación del menor con el fallecido _____

Fecha de nacimiento _____ Fecha de fallecimiento _____

Causa de fallecimiento _____

Nombre del menor _____



Camp Good Grief

Acuerdo de consentimiento, renuncia y asunción de riesgos

Se ha hecho todo lo razonable para garantizar que nuestras actividades sean lo más seguras posible; sin embargo, deseamos informarle que estas actividades no están libres de riesgos. Como en cualquier actividad intensa, éstas poseen riesgos inherentes y pueden resultar en lesiones graves o en la muerte.

Contrato de exoneración y acuerdo de asunción de riesgos

Soy consciente de que el excursionismo y las actividades deportivas poseen riesgos inherentes. A sabiendas, acepto y asumo estos riesgos, y acepto exonerar a Camp Cedar Falls, Loma Linda University Medical Center y sus organizaciones matrices de cualquier reclamo, daño, lesión y gasto que surja o resulte de la participación de mi hijo/a en todas estas actividades de campamento. Además, acepto renunciar, exonerar y acordar no iniciar acciones legales en contra de dichas organizaciones por cualquier acción, reclamo o daño y perjuicio, daño de derecho o recurso de equidad de cualquier clase, incluso por negligencia de dichas entidades. Comprendo que "dichas organizaciones" incluyen a sus agentes y empleados.

Firma _____ Fecha _____ Fecha de nacimiento _____

Acuerdo de renuncia, asunción de riesgos y consentimiento de padre/s o tutor/es para participantes menores de 18 años de edad

Yo, padre/tutor, por medio de la presente doy mi consentimiento para todos los participantes menores de 18 años de edad de los cuales soy responsable y cuyos nombres y edades se mencionan a continuación. He leído el acuerdo de renuncia y asunción de riesgos mencionado anteriormente y acepto quedar sujeto al mismo.

Firma _____ Fecha _____
Padre/Tutor

Firma _____ Fecha _____
Padre/Tutor

Nombre del menor _____ Edad _____

Nombre del menor _____ Edad _____

Nombre del menor _____



Camp Good Grief

Consentimiento Médico

Para asistir y participar, recibir tratamientos médicos y autorizar la divulgación de información

Yo (nosotros), el/la/los padre/madre/s o tutor que suscribe/n de

_____, menor de edad, doy/damos mi/nuestro consentimiento para que éste/ésta asista al Camp Good Grief y participe de sus actividades. También otorgamos el consentimiento para que el enfermero del campamento brinde los primeros auxilios en caso de accidente o servicio de enfermería en caso de enfermedad y para que controle la administración de medicamentos recetados que haya traído el acampante.

En caso de EMERGENCIA, por medio de la presente **AUTORIZAMOS Y DAMOS CONSENTIMIENTO PARA** la realización de rayos-x, administración de anestias, diagnósticos o tratamientos médicos o quirúrgicos y servicios hospitalarios que se le puedan brindar a dicho menor **BAJO LA ESTRICTA INSTRUCCIÓN DE UN MÉDICO MATRICULADO CONVOCADO POR EL CAMPAMENTO**, ya sea que dicho diagnóstico o tratamiento se brinde en el consultorio del médico, en un hospital autorizado o en el campamento.

Además, se entiende que este consentimiento se otorga previo a cualquier diagnóstico o tratamiento específico que pueda ser necesario y se lo otorga para autorizar a Camp Good Grief **O AL MÉDICO PARA QUE PONGA EN PRÁCTICA SU MEJOR CRITERIO SEGÚN EL REQUISITO DE DICHO DIAGNÓSTICO O TRATAMIENTO**. Se entiende que **EN CASO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD GRAVE, SE REALIZARÁN LOS ESFUERZOS POSIBLES** para contactar al que suscribe antes de brindarle tratamiento al paciente, pero no se impedirá la realización de ninguno de los tratamientos mencionados anteriormente en caso de no poder contactar al mismo.

Este consentimiento tendrá vigencia durante el trayecto hacia y desde Camp Good Grief, y durante la presencia en cualquier actividad de éste, y se mantendrá en vigencia de manera permanente hasta que se lo anule por escrito o hasta que el padre/madre o tutor retire al menor del cuidado de Camp Good Grief.

Por medio de la presente, autorizamos a cualquier hospital, médico u otra persona que haya atendido o examinado al menor a que le suministre a la compañía de seguros del campamento o a su representante cualquier información relacionada con enfermedades, historiales médicos, consultas, recetas o tratamientos y copias de todos los registros médicos o de hospitalización. Una copia de esta autorización deberá considerarse con la misma vigencia y validez que el original.

Se entiende y por medio de la presente el que suscribe acepta exonerar a Camp Good Grief, Loma Linda University Children's Hospital(LLUCH) y sus afiliados de cualquier responsabilidad que surja como resultado de atención médica brindada por un médico o prestador de atención médica sin la supervisión o el control de LLUCH.

Nombre del menor _____

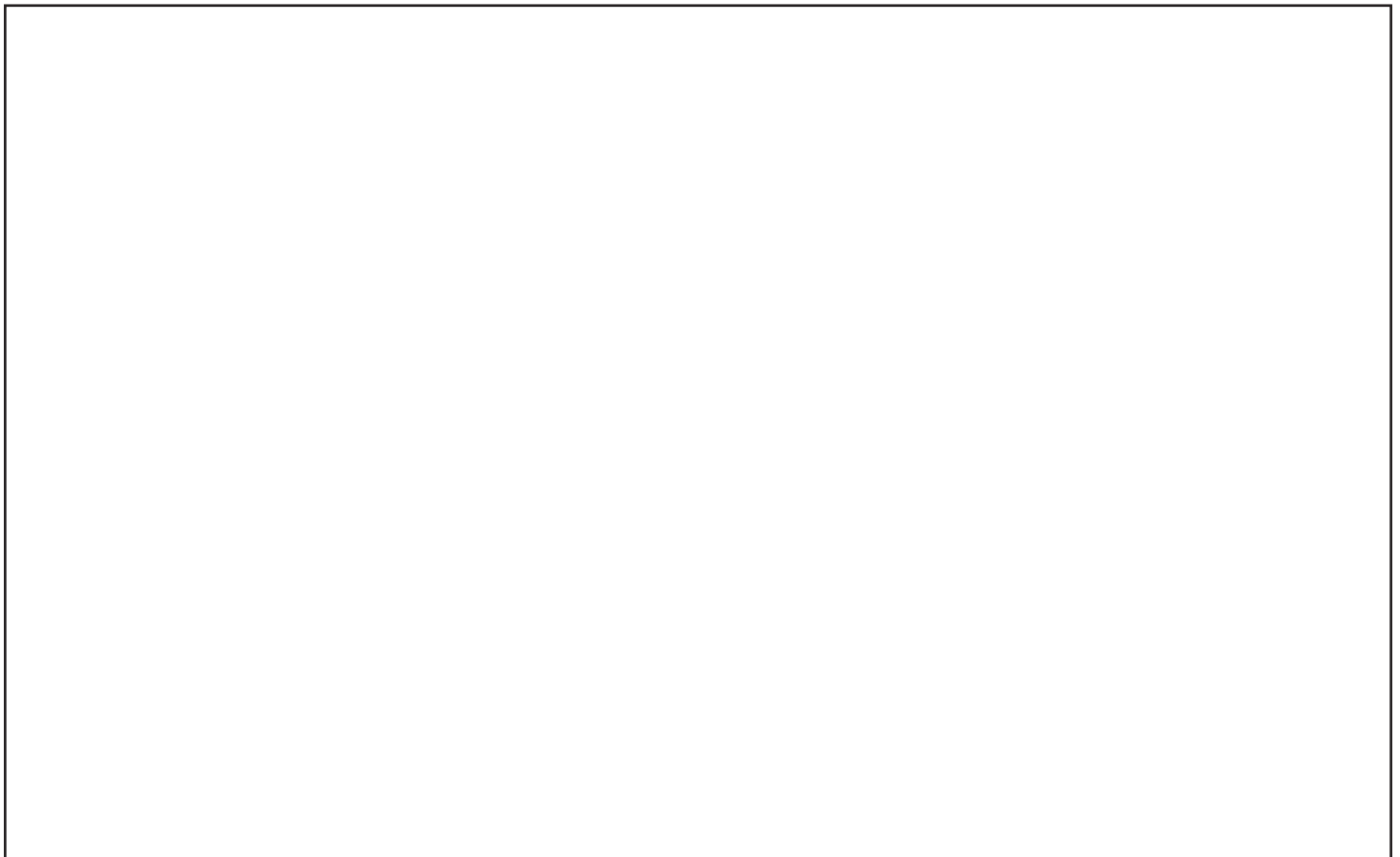
Se entiende que en el caso de una emergencia médica o necesidad de atención médica, su hijo/a será trasladado/a al prestador de atención médica más cercano, sea una sala de emergencia u otra instalación. Además, se entiende que dicha institución de atención médica puede o no estar afiliada al Loma Linda University Children's Hospital (LLUCH) y que ésta ni ninguno de sus afiliados tiene la obligación de suministrar atención médica a su hijo/a en caso que surgiera la necesidad. Además, se entiende que si surgiera la necesidad de obtener atención médica, usted tendrá la responsabilidad económica de todos los gastos incurridos por la prestación o suministro de atención médica a su hijo/a y LLUCH no está obligado a brindar un seguro ni de asumir la responsabilidad económica por la asistencia médica suministrada.

Además, se entiende que usted o su compañía de seguro es responsable por todos los gastos asociados con la prestación o suministro de atención médica a su hijo/a, aún cuando dicha atención sea suministrada por el Loma Linda University Children's Hospital.

Firma _____ Fecha _____
Padre/Tutor

Firma _____ Fecha _____
Padre/Tutor

Conecte por favor una fotografía de su niño aquí:



Nombre del menor _____



Camp Good Grief

Historial Médico

Médico familiar _____ Teléfono _____

Alergias _____

Indique todos los que aplican

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Picaduras de insectos | <input type="checkbox"/> Afec. cardíaca | <input type="checkbox"/> Resfríos frecuentes |
| <input type="checkbox"/> Picaduras de abejas | <input type="checkbox"/> Drogas | <input type="checkbox"/> Asma crónico |
| <input type="checkbox"/> Otras alergias | <input type="checkbox"/> Polinosis | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Impedimento físico | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza |
| <input type="checkbox"/> Molestias estomacales frecuentes | <input type="checkbox"/> Bronquitis crónica | <input type="checkbox"/> Infecciones respiratorias crónicas |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | | |

Fecha de la última vacuna contra el tétano _____

Fecha de la última vacunación de refuerzo _____

Fecha de la última prueba para la detección de tuberculosis _____

¿Están al día las inmunizaciones de su hijo/a? Sí No

¿Alguna operación, lesión o enfermedad reciente? Sí No Fecha(s) _____

Favor de explicar

¿Reacciones alérgicas a algún alimento, medicamento o al medio ambiente?

Por favor **INDIQUE TODOS LOS MEDICAMENTOS** que enviará con su hijo/a al campamento. Esto deberá incluir medicamentos con receta médica (ej. Inhaladores) y los que se consiguen sin receta médica (ej. Tylenol, jarabe para la tos, etc.)

Indique los medicamentos que aprueba que nuestra enfermera le administre a su hijo/a(s) durante su estadía en el campamento, si fuera necesario

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tylenol (Acetaminophen) | <input type="checkbox"/> Motrin (Ibuprofen) |
| <input type="checkbox"/> Advil (Ibuprofen) | <input type="checkbox"/> Excedrin |
| <input type="checkbox"/> Benadryl (Antihistamínicos) | <input type="checkbox"/> Cough Syrups (ej. Tylenol Cold, Robitussin, Sudafed) |
| <input type="checkbox"/> Cold Medicines (i.e. Tylenol Cold, Robitussin, Sudafed) | |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | |

Nombre del menor _____

54. ¿Cómo describiría el temperamento de su hijo/a antes de la muerte de la persona? (Indique todos los que aplican)
 Sociable Amigable Tranquilo Tímido Triste/Introvertido Desobediente Agresivo
55. ¿Cómo describiría el temperamento actual de su hijo/a? (Indique todos los que aplican)
 Sociable Amigable Tranquilo Tímido Triste/Introvertido Desobediente Agresivo
56. Describa las circunstancias de la muerte cómo, cuándo, dónde (use una hoja adicional si fuera necesario)

57. Describa en detalle la relación del niño/a con la persona fallecida, y describa en forma detallada cómo ha sido afectada su vida por esta muerte. ¿Qué significa la muerte para su hijo/a? (use una hoja adicional si fuera necesario)

58. ¿Quién le dijo al niño/a acerca de la muerte? _____

59. ¿Tiene alguna necesidad nutricional específica su hijo/a? (ej. vegetariano/a) Por favor indique cuáles son y porqué. También déjenos saber cuáles son las comidas favoritas de su hijo/a y las que le disgustan.

Otros cambios en la vida del niño/a

60. ¿Divorcio o separación? _____ Fecha _____
61. ¿Se mudan a una nueva comunidad? _____ Fecha _____
62. ¿Se le está mudando algún amigo? _____ Fecha _____
63. ¿Otras muertes? Si es así, ¿Quién? _____ Fecha _____
64. ¿Se le ha muerto alguna mascota? _____ Fecha _____
65. ¿Está cambiando de trabajo mamá o papá? _____ Fecha _____
66. ¿Ha perdido el trabajo mamá o papá? _____ Fecha _____
67. ¿Alguna pérdida, incendio o robo? _____ Fecha _____

Nombre del menor _____

68. ¿Otros cambios en la vida del niño/a?

69. ¿Cómo manejó el niño/a estos cambios?

Auto informe para padres

A continuación, hay declaraciones que posiblemente apliquen a usted. Por favor indique con el número apropiado cómo estas declaraciones describen su experiencia actual. Por favor conteste las preguntas a continuación con respecto a su experiencia, no la de su hijo/a.

1-Completamente verdad 2-Mayormente verdad 3-Neutral 4-Mayormente falso 5-Completamente falso

- | | |
|---|-------|
| 1. He perdido el interés en mi familia, mis amistades y mis actividades. | _____ |
| 2. Siento la necesidad de hacer cosas que la persona que falleció había querido hacer. | _____ |
| 3. Aún lloro cuando pienso en la persona que murió. | _____ |
| 4. Aún ahora es doloroso recordar la persona que murió. | _____ |
| 5. Aún me es difícil funcionar en una rutina diaria normal debido a la tristeza y la pérdida que siento por esta persona. | _____ |

Firma _____
Padre/Madre/Tutor

Fecha _____

Firma _____
Padre/Madre/Tutor

Fecha _____

Nombre del menor _____



LOMA LINDA UNIVERSITY
CHILDREN'S HOSPITAL

Camp Good Grief

Autorización y consentimiento para la toma de fotografías y publicación

Por medio de lapresente, el que suscribe autoriza al Loma Linda University Medical Center (LLUMC) y al Loma Linda University Children's Hospital (LLUCH) a tomar fotografías o permitir que otras personas tomen fotografías.

Nombre _____

El que suscribe brinda su consentimiento para que LLUMC/LLUCH utilice y permita que otras personas utilicen los negativos, copias o duplicados de dichas fotografías para los fines y de la manera en que se considere apropiado.

El que suscribe acepta que las fotografías se utilicen para fines que incluyen, pero no se limitan a, la difusión entre el personal del hospital y sus médicos, profesionales de la salud, estudiantes y miembros del público para fines educativos, investigativos, caritativos, de tratamiento y de relaciones públicas, y que dicha difusión se logre de cualquier forma. Sujeto únicamente a las siguientes limitaciones:

Las fotografías se utilizarán para la promoción y publicidad de Camp Good Grief.

El que suscribe celebra el presente acuerdo para ayudar a lograr objetivos científicos, educativos, caritativos, de tratamiento y de relaciones públicas, y renuncia por medio de la presente a cualquier derecho a resarcimiento por dichos usos, conforme a las autorizaciones precedentes. Por medio de la presente, el que suscribe y sus sucesores o cesionarios, eximen de toda responsabilidad a LLUMC/LLUCH y a sus sucesores y cesionarios respecto a cualquier demanda por daños y perjuicios o de resarcimiento que surja de las actividades autorizadas en este acuerdo.

El término "fotografía", según se lo utiliza en el acuerdo precedente, significará imagen en movimiento o imagen fija en cualquier formato o medio, incluso discos o cintas de video, grabaciones digitales o cualquier otro medio de grabación y reproducción de imágenes.

Fecha _____

Firma _____

Nombre en letra de imprenta _____

Número telefónico _____

Testigo _____

Domicilio

Si una persona firma por un menor, indicar relación

Nombre del menor _____

AÑOS ELEMENTALES

POR JODY CAYLIN



¡Ayúdenme, extraño mi hogar!

SARAH HEYWARD, UNA NIÑA DE 11 años del Condado de Westchester, Nueva York, no pensó que extrañaría su hogar cuando fue al campamento. “Pero luego de algunos días, comencé a entender que no volvería a casa hasta dentro de un mes”, dice Sarah. Por suerte, una charla con su consejero apaciguó la ansiedad de Sarah. “Recibir cartas de casa también ayudó”, agrega.

La historia de la nostalgia de Sarah y cómo la resolvió es común, según Ginny Maxson, director del campamento Lochearn Camp for Girls, en Lake Fairlee, Vermont. “Los primeros días en el campamento son una luna de miel”, explica Maxson. “Todos se comportan como los mejores amigos y los consejeros son perfectos. Cuatro días después, comienza la realidad”.

Niños de casi cualquier edad que asisten a un campamento sienten una profunda nostalgia. La primera vez lejos de casa puede ser difícil. A continuación, presentamos la forma en que los padres pueden ayudar a sus niños a prepararse y superar esos sentimientos.

Sea positivo antes de comenzar el campamento. “Los padres a veces consuelan a su dubitativo/a hijo/a diciéndole: ‘Prueba y si en una o dos semanas no te gusta, puedes regresar a casa’, dice Maxson. “Es un error”. La nostalgia, en su opinión, no se trata tanto de extrañar a mamá y papá, sino de extrañar los sentimientos de amor y seguridad que recibe en el hogar y establecer tales vínculos en el campamento lleva su tiempo.

Al sugerir un período de prueba, usted sin darse cuenta puede estar saboteando ese

proceso.

Un mejor mensaje, sugiere Maxson, es decirle: “Creo en ti y sé que al final te va a gustar el campamento”. Además, comente sus propias experiencias para superar la nostalgia y sugiera formas de sobrellevarla, como hablar abiertamente con un amigo o consejero.

No exagere ante una llamada o carta triste. Es posible que haya un pánico instantáneo cuando llegue la primera carta con súplicas. “¡Ven a buscarme!”, dice la carta. “Odio este lugar”. Pero resista al deseo de subirse al auto y rescatar a su hijo/a.

“Es natural sentirse desprotegido cuando su hijo/a parece no estar a gusto”, observa Maxson, “pero si usted considera que está en buenas manos, quédese tranquilo de que cuando reciba la carta, probablemente el problema se haya subsanado”.

Escriba cartas optimistas. “Las mejores cartas de padres, son las que reiteran la fe que usted tiene en su hijo/a para triunfar por sí mismo”, expresa Maxson. “Que sus noticias sean optimistas pero no haga parecer de que su hijo/a se está perdiendo una gran diversión en casa”.

Los padres deben asegurar de que haya cartas esperando a su hijo/a cuando éste/a llegue al campamento, y además, deben escribir con frecuencia. Pero no importa cuánto extrañe a

Cómo enfrentar la ausencia de su hijo/a cuando se va a un campamento

su hijo/a, no exagere estos sentimientos, dice el Dr. Kevin Kalikow, profesor adjunto clínico de psiquiatría infantil en el New York Medical College de Valhalla, Nueva York. “En su lugar, centre la atención en las experiencias que su hijo/a está adquiriendo en el campamento y en lo orgulloso que usted está del mismo/a. “Hágale saber a su hijo/a que todo está bien en su casa

y no haga hincapié en su ausencia”.

No exagere con paquetes. Los paquetes adecuados incluyen artículos pequeños relacionados con la experiencia de su hijo/a en el campamento, como por ejemplo una linterna adicional. Evite enviar alimentos.

Maxson también sugiere que los paquetes “personales” se mantengan al mínimo. “El mensaje general para su hijo debe ser: ‘el campamento es tu regalo’, agrega. “Se comparte más calidez a través de una carta con genuinas palabras de aliento y expresiones sinceras de amor que a través de cosas materiales”.

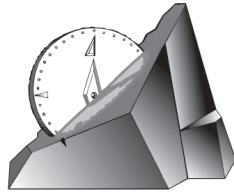
AL FINALIZAR EL CAMPAMENTO

No se sorprenda ni moleste si al regresar a casa su hijo/a se deprime unos días. En el campamento, su hijo se acostumbra a otro hogar y forja amistades que pueden durar toda la vida.

Reconozca esto y alégrese por la oportunidad de su hijo/a para crear algo especial lejos de su familia por primera vez. ■

Jody Gaylin es una escritora independiente que vive en Hastings-on-Hudson, Nueva York. Sus tres hijos han sufrido nostalgia.

Lodestone



Adventures

Acuerdo De Participación

En consideración de los servicios que han de ser provistos por Lodestone Adventures, Inc., sus funcionarios, agentes, empleados, accionistas, y toda otra persona o entidad asociada con Lodestone Adventures (al cual se referirá colectivamente de aquí en más como "Lodestone"), estoy de acuerdo con lo siguiente:

A pesar de que Lodestone ha tomado los pasos razonables para proveerle el equipo apropiado e instructores capacitados para que pueda disfrutar de una actividad para la cual no está capacitado, queremos recordarle lo siguiente: esta actividad no es exenta de riesgo. Ciertos riesgos no se pueden eliminar sin destruir el carácter único de dicha actividad. Los mismos elementos que contribuyen al carácter único de esta actividad pueden ser las causas de pérdida o daño a su propiedad, lesión accidental o enfermedad, o en algunos casos extremos, trauma causando lesión permanente o aún la muerte. No queremos asustarlo ni reducir su entusiasmo para esta actividad, pero sí pensamos que es importante que usted sepa qué ha de esperar en forma adelantada, y que se le informe sobre los riesgos inherentes. A continuación, hay una descripción de algunos, pero no todos los riesgos:

Cursos desafiantes con sogas, actividades que desarrollan el liderazgo y el trabajo en equipo, las cuales incluyen: la posibilidad de resbalarse y caerse; lesiones causadas por fricción con las sogas, pellizcos, raspaduras, retorceduras y sacudidas que podrían resultar en rasguños, moretones, torceduras, laceraciones, fracturas, conmociones cerebrales, o aún peligros más severos que amenacen la vida. Un ambiente al aire libre tiene peligros inherentes tales como el mal tiempo, el frío, calor, lluvia, nieve, y otros peligros. Durante alguna actividad, es posible que haya contacto con plantas, animales o insectos que podrían crear peligros como picaduras, alergias, enfermedades y achaques asociados.

Reconozco que esta actividad implica riesgo a mi mismo. Entiendo que la descripción de estos riesgos no es completa y que otros riesgos desconocidos o no anticipados pueden resultar en lesión o muerte. Estoy de acuerdo con asumir responsabilidad por los riesgos identificados en la presente y aquellos riesgos no específicamente identificados. Mi participación en esta actividad es plenamente voluntaria, nadie me obliga a participar, y yo elijo participar a pesar de estos riesgos.

Yo doy fe que soy plenamente capaz de participar en esta actividad. Por lo tanto, asumo completa responsabilidad por mi y todo niño menor de edad que me acompaña, por lesión corporal, muerte y pérdida de propiedad personal y gastos derivados del mismo como resultado de esos riesgos y peligros inherentes, y de mi negligencia al participar en esta actividad.

He leído, entiendo y acepto los términos y condiciones indicados en la presente y reconozco que este acuerdo será de carácter vinculante y obligatorio para mi, mis herederos, cesionarios, representante personal, patrimonio, y para todo miembro de mi familia, incluyendo todo niño menor de edad que me acompaña. Reconozco que no estoy dependiendo de ninguna declaración o representación oral, escrita o visual hecha por Lodestone, incluyendo aquellas hechas en los folletos u otro material promocional, para inducirme a participar en esta actividad.

Por favor informe a Lodestone, al dorso de esta misma y verbalmente, de cualquier condición médica u otra que usted piensa deberíamos saber.

Firma del participante: _____
Organización: _____

Nombre en letra de molde: _____
Fecha: _____

ACUERDO DE PADRE/TUTOR

Estoy de acuerdo con lo antedicho y yo autorizo a Lodestone que llame para obtener atención médica para el participante menor de edad precitado o de transportar al mismo a un centro médico o a un hospital si en opinión de dicho personal, el menor de edad necesita atención médica. Además, autorizo al personal médico apropiado que brinde la atención médica necesaria para la salud del menor. Estoy de acuerdo que una vez que el menor esté en el cuidado del personal médico, centro médico u hospital, Lodestone ya no será responsable por el menor, y estoy de acuerdo con pagar todos los costos asociados con dicha atención médica y transportación realizados por Lodestone.

Si tiene menos de 18 años de edad,
Firma del padre/tutor: _____ Nombre en letra de molde: _____



LOMA LINDA UNIVERSITY
CHILDREN'S HOSPITAL

Camp Good Grief

Correo

Encontramos que nuestros campistas prosperan con estímulo. La sección debajo provee un sitio para que usted escriba una nota a su hijo atendiendo Camp Good Grief. Cortaremos esta nota y se la daremos a su hijo durante el campamento. Gracias por su ayuda en hacer del campamento una experiencia positiva.

Personal de Camp Good Grief



Camp Good Grief

Correo

Nombre del menor _____