



## Children & Teens Grief Support Camp June 7-9 & August 23-25 *Friday thru Sunday*

**CAMP ERIN® - LA** is an annual 3-day camp for children and teens ages 7 to 17 that have experienced the death of someone close within **4 years at the start of the camp session**. The camp weekend is **free of charge to all participants**. **CAMP ERIN® - LA** is led by professionally trained staff and volunteers of **OUR HOUSE Grief Support Center** and is part of the national network of **CAMP ERIN®** grief support camps and **The Moyer Foundation**. The camp is a unique experience that combines a traditional, high-energy, fun camp with grief support and education.

**CAMP ERIN® - LA** will be held twice this year from June 7-9 and August 23-25 at Camp Bloomfield in Malibu, California. Please note that campers can only attend **one session**.

Activities include: Swimming, Sports, Arts and Crafts, Nature Walk, Creative Expression, Remembrance Activities, and much more!

**CAMP ERIN® - LA** is hosted by **OUR HOUSE Grief Support Center**, a nonprofit organization providing grief support services, education, resources and hope to the local community.

**CAMP ERIN® - LA** is created and funded in part  
by: The Moyer Foundation and  
OUR HOUSE Grief Support Center

---

Please Mail, Fax or Email Application.  
Space is limited...Applications due May 15<sup>th</sup>, 2013

Mail: OUR HOUSE/ **CAMP ERIN® - LA**  
1663 Sawtelle Blvd Suite 300  
Los Angeles, CA 90025

FAX: (310) 473-1515

Email: [karissa@ourhouse-grief.org](mailto:karissa@ourhouse-grief.org)

**Questions...call Karissa Provost at: (310) 473-1511**





## BEREAVEMENT HISTORY

Please include as many details as possible when answering the following questions. We understand that answering some of these questions might be difficult; however, we want to be able to provide the best possible care for your child.

Child's Name \_\_\_\_\_

Full name of deceased \_\_\_\_\_ Relationship to child \_\_\_\_\_

Birth date of deceased \_\_\_\_\_ Date of death \_\_\_\_\_

Age of deceased at time of death \_\_\_\_\_ Age of child at time of death \_\_\_\_\_

Was the deceased receiving Providence Hospice Services at the time of death? \_\_\_\_\_

Was the death anticipated or sudden? \_\_\_\_\_

What was the cause of death? \_\_\_\_\_ military related? \_\_\_\_\_

Please check if either of the following statements are true: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Child/Adolescent has not been told the facts about the deceased's cause of death

\_\_\_\_\_ Child/Adolescent does not understand the facts about the deceased's cause of death

If either is checked, please explain

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Is this your child's first experience with death? \_\_\_\_\_

If no, please comment on other deaths your child has experienced.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Where did this person die? \_\_\_\_\_

Was the child present at the time of death? \_\_\_\_\_

Did the child see the deceased after the death? \_\_\_\_\_

Was there a funeral or memorial service? \_\_\_\_\_

If yes, did your child attend and what were your child's comments/reactions to the service?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Who should we notify in case of emergency?

Name: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_

**Camper's Name:** \_\_\_\_\_

Did the child live with the deceased? \_\_\_\_\_

How would you describe your child's relationship with the deceased?

How would you describe your family's communication style regarding the death?

\_\_\_\_\_ Open      \_\_\_\_\_ Adequate      \_\_\_\_\_ Very Little      \_\_\_\_\_ Avoided      \_\_\_\_\_ None

Does your child speak openly about the person who died? \_\_\_\_\_

Please explain how your child indicates that he/she is grieving.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**REACTION TO THE LOSS**

Please place an "X" if your child has exhibited any of the following since the death of the loved one:

- |  |   |                               |
|--|---|-------------------------------|
| _____ Lack of energy                       | _____ Behavior problems at school         | _____ Peer difficulties       |
| _____ Withdrawn/isolation                  | _____ Behavior problems at home           | _____ Drug/Alcohol Use        |
| _____ Depression                           | _____ Running away from home              | _____ Causing harm to others  |
| _____ Suicidal thoughts/talk               | _____ Headaches, stomachaches             | _____ Lying                   |
| _____ Difficulty with concentration        | _____ Sleeping disturbances               | _____ Stealing                |
| _____ Causing harm to self                 | (Please circle: Sleep Walking, Bedwetting | _____ Destruction of property |
| _____ Loss of interest in usual activities | Nightmares, Night Sweats)                 | _____ Anger                   |
| _____ Inappropriate sexual behavior        | _____ Belief that death was his/her fault | _____ Disbelief               |
| _____ Special fears                        | _____ Belief that death is a punishment   | _____ Always trying to be in  |
| _____ Sadness                              | _____ Changes in attendance at school     | control or perfect            |
| _____ Worries about his/her safety         | (Please circle: Increase/Decrease)        | _____ Changes in how he/she   |
| or the safety of others                    | _____ Changes in weight                   | feels about self              |
| _____ Hyperactive/Impulsive                | (Please circle: Increase/Decrease)        | _____ Encopresis              |

**OTHER IMPORTANT INFORMATION**

Has your child received any professional support (i.e. school counselor, mental health therapist, peer support group, psychiatrist, pastoral support, grief camp)?

\_\_\_\_\_

If yes, is support currently provided? Please give approximate dates of when support started/ended.

Has there been any other changes/stresses in your child's life (i.e. illness, relocation, divorce, remarriage, finances, other losses)? Please explain. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Has your child ever experienced abuse of any kind? \_\_\_\_\_

**Camper's Name:** \_\_\_\_\_

Please describe your child's personality/character traits.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Are there any language, disability, and/or religious needs that we should be aware of to better serve your child?

\_\_\_\_\_

(This information is voluntary and will only be used to help your child with the grieving process).

Are there any other special needs, family customs, or cultural aspects to your child's grieving that we should be aware of?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Is your child displaying any behaviors/moods that have you concerned?

If yes, please explain.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Signature

Date

Relationship to child

**Referral Source:** \_\_\_\_\_

School: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Ethnicity: (circle all that apply)**

African American

Asian

Caucasian

Latino/Latina

**Family Income:**

under \$20,000 \_\_\_\_

\$20,000-30,000 \_\_\_\_

\$30,000-\$35,000 \_\_\_\_

\$35,000-\$50,000 \_\_\_\_

\$50,000+ \_\_\_\_



## MEDICAL INFORMATION

Child's Name: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Does your child have any of the following:	Yes	No
Physical Limitations		
Asthma		
Dietary Restrictions (i.e. physician recommended, religious etc.)		
Convulsions / Seizures		
Diabetes		
Ear Infections		
Hearing Impairment		
Motion Sickness		
Nosebleeds		
Wears Glasses / Contacts		
Recurring headaches or stomach aches		
Other: (please specify)		
Is your child currently under the care of a physician?		
If yes, Physician's Name _____ Phone # _____		
Does your child have any allergies? (i.e. food, medicine, or other)		
If yes, please explain _____		
Any history of operations or serious illnesses?		
Will your child be taking medications at camp?		
If yes, what are the medications treating? _____		
What is the date of your child's latest Tetanus shot?		

Emergency Contact Name: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

**Is your child currently under the care of a physician?**

Dr.'s Name/Phone: \_\_\_\_\_ Hospital Preference: \_\_\_\_\_

Health Insurance: \_\_\_\_\_ Group Number: \_\_\_\_\_

Please mail completed application to: **OUR HOUSE** Or by Fax: 310-473-1515  
 Camp Erin – LA  
 1663 Sawtelle Blvd., Suite 300  
 Los Angeles, CA 90025



## **Campamento de Apoyo de el Duelo para Niños y Adolescentes—Junio 7-9 y Agosto 23-25 *Viernes a Domingo***

**Camp Erin® - LA** es un campamento anual de tres días para niños de edades 7 a 17 años que han experimentado la muerte de un ser cercano en **los últimos 4 años al inicio del campamento**. El campamento es ofrecido gratuitamente para todos los participantes. **Camp Erin® - LA** es dirigido por profesionales y voluntarios entrenados por **OUR HOUSE Grief Support Center** y es parte de la red nacional los campamentos **Camp Erin®** para el apoyo de el duelo y **El Moyer Foundation**. El campamento es único en que combina un campamento tradicional de mucho entusiasmo con soporte y educación sobre el duelo.

**Camp Erin® - LA** se llevara a cabo dos veces en este año de Junio 7-9 y de Agosto 23-25 en el campamento Bloomfield localizado en Malibu. Tenga en cuenta que los campistas sólo pueden asistir una sesión.

Actividades incluyen: natación, deportes, artesanías, caminatas, expresión creativo, actividades de recordación ¡y mucho mas!

**Camp Erin® - LA** es parte de OUR HOUSE Grief Support Center un organización no lucrativa, sin sectario que sirve a la área de Los Angeles.

**Camp Erin® - LA** fue creado y es fundado en parte por:

The Moyer Foundation y

OUR HOUSE Grief Support Center

visite nuestra página de web [www.OurHouse-Grief.org](http://www.OurHouse-Grief.org)

---

Por favor, correo, fax o email la aplicacion  
El espacio es limitado...Las aplicaciones antes de Mayo 15, 2013

Correo: OUR HOUSE/ **CAMP ERIN® - LA**  
1663 Sawtelle Blvd Suite 300  
Los Angeles, CA 90025  
fax: (310) 473-1515; email: [karissa@ourhouse-grief.org](mailto:karissa@ourhouse-grief.org)

**Preguntas: Llamos (310) 473-1511**



**Sesión de Campamento:**  
 Junio 7-9\_\_\_\_ Agosto 23-35\_\_\_\_

**¿Es la primera vez que aplica?**  
 Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_

**Camp Contact:** Lauren Schneider, Co-Camp Director/ Clinical Director

**FORMULARIO DE INSCRIPCION DEL CAMPISTA**

Nombre del Campista:

Nombre \_\_\_\_\_ Medio \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Apodo (si alguno): \_\_\_\_\_

Talla de Camiseta del Niño (por favor circule):

Niño S M L  
 Adultos: S M L XL 2x 3x 4x

Dirección casera: \_\_\_\_\_

Ciudad/estado/ código postal: \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Genero: M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_

Nombre del padre /del guardian:: \_\_\_\_\_

Número de telefono: Dia: \_\_\_\_\_ Tarde: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

<u>Hermanos:</u>	Nombres	Edad
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____

Su niño/a ha: atendido campamento de dia? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No ; atendido campamento de noche? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No;  
 pasado una noche fuera de casa? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

Por favor escriba los intereses especial / pasatiempos de su hijo/a: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

¿Hay algo que debemos saber para servir mejor a su hijo/a? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

¿Han hablado de la posibilidad de que su hijo/a puedan venir a Camp Erin? \_\_\_\_\_

¿Cuáles esperanzas tiene sobre la participación de su hijo/a en Camp Erin? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró de este programa? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Firma

\_\_\_\_\_  
 Relación al Campista





## HISTORIA DE LA PÉRDIDA

Por favor, incluya tantos detalles como sea posible al contestar las siguientes preguntas. Entendemos que las respuestas a algunas de estas preguntas podría ser difícil, sin embargo, queremos proporcionar la mejor atención posible para su hijo.

Nombre del Campista: \_\_\_\_\_

Nombre completo del difunto \_\_\_\_\_ Relación al niño \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del difunto \_\_\_\_\_ Fecha de la muerte \_\_\_\_\_

Edad del difunto en el día de su deseso: \_\_\_\_\_ Edad de niño/a en el momento de la muerte \_\_\_\_\_

¿La persona fallecida estaba recibiendo servicios de Providence Hospice Services al momento de la muerte? \_\_\_\_\_

¿La muerte fue anticipada o repentino? \_\_\_\_\_

¿Cual fue la causa de la muerte? \_\_\_\_\_ ¿relacionada con el servicio militar? \_\_\_\_\_

Por favor, compruebe si alguna de las siguientes afirmaciones son verdaderas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ el niño/a no ha sido informado de los hechos sobre la causa de la muerte del fallecido.

\_\_\_\_\_ el niño/a no entiende los hechos sobre la causa de la muerte del fallecido.

Si alguno se comprueba, por favor explique

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Es ésta la primera experiencia que ha tenido su hijo/a con la muerte? \_\_\_\_\_

Si no, comenta por favor al respecto de otras muertes su niño ha experimentado.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Adónde murió esta persona? \_\_\_\_\_

¿El niño/a estaba presente en el momento de la muerte? \_\_\_\_\_

¿El niño/a voy al difunto después de la muerte? \_\_\_\_\_

¿Hubo un funeral o servicio conmemorativo? \_\_\_\_\_

¿Si, si asistió su hijo y cuáles fueron los comentarios de su hijo o reacciones en el servicio?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### ¿A quién notificamos en caso de emergencia?

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Nombre del Campista:** \_\_\_\_\_

¿El niño vivió con el difunto? \_\_\_\_\_

¿Cómo describiría la relación de su niño/a con el difunto?

¿Cómo describiría el estilo de la comunicación de su familia con respecto al deseso?

\_\_\_ abierto \_\_\_ adecuado \_\_\_ muy poco \_\_\_ evitó \_\_\_ ninguno

¿Su hijo/a hablar abiertamente acerca de la persona que murió? \_\_\_\_\_

Por favor, explique cómo su hijo se indica que él / ella está de duelo

## REACCIONES A LA PÉRDIDA

Por favor, marque con una "X" si su hijo/a ha mostrado cualquiera de los siguientes después de la muerte del ser querido:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Falta de energía                  | <input type="checkbox"/> Problemas de conducta en la escuela        | <input type="checkbox"/> pares dificultades        |
| <input type="checkbox"/> Retirado / aislamiento            | <input type="checkbox"/> Problemas de comportamiento en el hogar    | <input type="checkbox"/> Uso de drogas / alcohol   |
| <input type="checkbox"/> Depresión                         | <input type="checkbox"/> Huir de casa                               | <input type="checkbox"/> Causar daño a otros       |
| <input type="checkbox"/> Pensamientos suicidas             | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza o de estómago            | <input type="checkbox"/> Mentir                    |
| <input type="checkbox"/> Dificultad con la concentración   | <input type="checkbox"/> Incontinencia nocturna                     | <input type="checkbox"/> Robar                     |
| <input type="checkbox"/> Causado daño a si mismo           | (Por favor circule: Sonambulismo, Enuresis                          | <input type="checkbox"/> Destrucción de propiedad  |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de interés en actividades | pesadillas, calores)  | <input type="checkbox"/> Cólera                    |
| <input type="checkbox"/> Conducta sexual inapropiada       | <input type="checkbox"/> La creencia que la muerte fue por su culpa | <input type="checkbox"/> Incredulidad              |
| <input type="checkbox"/> Temores especial                  | <input type="checkbox"/> La creencia que la muerte es un castigo.   | <input type="checkbox"/> Siempre tratando de estar |
| <input type="checkbox"/> Tristeza                          | <input type="checkbox"/> Cambios en la asistencia a la escuela      | en control o perfecto                              |
| <input type="checkbox"/> Preocupaciones sobre su seguridad | (Por favor circule: Aumento/Disminución)                            | <input type="checkbox"/> Cambios en cómo se        |
| o la le seguridad de los demas                             | <input type="checkbox"/> Cambio de peso                             | sienten sobre sí mismos                            |
| <input type="checkbox"/> Hiperactivos o impulsivos         | (Por favor circule: Aumento/Disminución)                            | <input type="checkbox"/> La Encopresis             |

## OTRA INFORMACIÓN ADICIONAL

Su niño/a ha recibido apoyo profesional (es decir consejero de la escuela, la salud mental terapeuta, grupo de apoyo entre pares, psiquiatra, apoyo pastoral)? \_\_\_\_\_

¿En caso que si, es el apoyo actualmente proporcionado? Por favor dé fechas aproximadas de cuando el apoyo se comenzó/terminó.? \_\_\_\_\_

¿Hubo algún otro cambio/tensión en la vida de su niño/a (es decir enfermedad, traslado, divorcio, nuevo matrimonio, finanzas, otras pérdidas)? Por favor explique \_\_\_\_\_

¿Su niño/a a tenido abuso de cualquier tipo? \_\_\_\_\_

**Nombre del Campista:** \_\_\_\_\_

Por favor describa los rasgos de personalidad/carácter de su niño.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Hay alguna idioma, discapacidad o necesidades religiosas que deberíamos ser conscientes para servir mejor a su hijo/a?

(Esta información es voluntaria y sólo se utilizará para ayudar a su hijo con el proceso de duelo).

¿Hay otras necesidades especiales, costumbres familiares o aspectos culturales de su niño/a en duelo de qué deberíamos ser conscientes?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Su niño/a ha mostrado algún comportamiento/humor que le preocupe ha usted?  
En caso que si, explique por favor.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma

Fecha

Relación al niño/a

**Fuente de Envío** \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Etnicidad: (círculo todo lo que sea aplicable)**

Los afroamericanos

Asia

Caucásicos

Latino/Latina

**Ingresos Familiar:**

<\$20,000 \_\_\_\_

\$20,000-30,000 \_\_\_\_

\$30,000-\$35,000 \_\_\_\_

\$35,000-\$50,000 \_\_\_\_

\$50,000+ \_\_\_\_



## Información Médica

Nombre del Niño/a: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Su hijo/a presenta alguno de los siguientes?	Si	No
Limitaciones físicas		
Asma		
Restricciones en la dieta (el medico recomienda religiosa, etc.)		
Compulsions/convulsions		
Diabetes		
Infecciones del oido		
Discapacidad auditiva		
Mareo		
Sangrar por la nariz		
Usa lentes/lentes de contacto		
Dolores recurrentes de cabeza o de estomago		
Otro: (por favor especifique)		
Su hijo está actualmente bajo el cuidado de un médico?		
En caso de afirmativo el nombre de medico y numero:		
¿Tiene su niño alguna alergia? (es decir comida, medicina, u otro)		
Si, si, explique por favor:		
¿Alguna historia de operaciones o enfermedades graves?		
¿Su hijo tomará medicamentos en el campamento?		
En caso afirmativo, ¿cuáles son los medicamentos?		
¿Cuál es la fecha de la última vacuna contra el tétano?		

CONTACTO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

<b>Su hijo/a está actualmente bajo el cuidado de un médico?</b>	
Nombre de Doctor y telefono _____	Hospital de preferencia: _____
Seguro de Salud: _____	Número del Grupo: _____

Por favor mande este formulario: **OUR HOUSE**  
**Camp Erin – LA**  
**1663 Sawtelle Blvd., Suite 300**  
**Los Angeles, CA 90025**

**O por fax: 310-473-1515**