



# Camp *Kids Path*<sup>®</sup>

Mountain Valley is offering two opportunities for a two-day grief camp  
Please register to attend at [mtnvalleyhospice.org/support/kids-path](https://mtnvalleyhospice.org/support/kids-path)

Paquete de registro de campista.  
– use un paquete separado para cada campista –

Por Favor, elija su ubicacion para el campamento marcando la casilla

- Familia Wilkes YMCA - 8 y 9 de junio de 2023
- Iglesia Wesleyana Mount Airy - 27 y 28 de julio de 2023

**inscripción del campamento kids path**  
**(Por favor, utilice un formulario separado para cada campista)**

Nombre del campista: \_\_\_\_\_ Nombre preferido: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Genero: \_\_\_\_\_

Padre/Tutor: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono # (hogar) \_\_\_\_\_ (Trabajo) \_\_\_\_\_ (cel). \_\_\_\_\_

**Información de contacto de emergencia / Lista de recogida**

**Contacto de emergencia si no se puede contactar al padre/tutor**

1. Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el niño: \_\_\_\_\_

Teléfono matutino: \_\_\_\_\_ Teléfono nocturno: \_\_\_\_\_

2. Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el niño: \_\_\_\_\_

Teléfono matutino: \_\_\_\_\_ Teléfono nocturno: \_\_\_\_\_

---

**Lista de recogida**

**(Aparte del padre / tutor, por favor enumere a cualquier persona, que puede recoger a su hijo. Solo los que figuran en la lista podrán recoger a su hijo).**

Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el niño: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el niño: \_\_\_\_\_

**Pedido de camisetas**

Las camisetas del campamento se pedirán este año. Por favor, marque la talla de la camisa que su hijo necesitará.

**Tallas juveniles**     S     M     L     XL

**Tallas para adultos**     S     M     L     XL

## Historia del duelo

Nombre del niño : \_\_\_\_\_

¿El campista ha asistido anteriormente al campamento Kids Path?  ¿Sí  No cuándo? \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que murió: \_\_\_\_\_

Fecha de la pérdida: \_\_\_\_\_ Causa de la muerte: \_\_\_\_\_

Relación con el niño: \_\_\_\_\_

Edad del niño en el momento de la muerte: \_\_\_\_\_ Edad de la persona que murió: \_\_\_\_\_

¿Asistió el niño al servicio funeral conmemorativo?  Sí  No

¿Ha habido alguna otra muerte de seres queridos experimentada por este niño?  Sí  No

¿Su hijo ha recibido algún apoyo profesional?

Consejería de Kids Path  Sí  No

Consejería Escolar  Sí  No

Consejería de Salud Mental  Sí  No

¿Ha habido algún otro cambio o estrés en la vida de su hijo? (Divorcio, enfermedad, reubicación, etc.)  Sí  No

Por favor, describa:

Cualquier otra información que le gustaría que supiéramos sobre el dolor de su hijo:

# Historia de salud y comportamiento

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Alergias a medicamentos: \_\_\_\_\_

Alergias ambientales: \_\_\_\_\_

Alergias alimentarias: \_\_\_\_\_

Restricciones dietéticas: \_\_\_\_\_

Reacciones a cualquier alergia mencionada anteriormente:

## Historial de salud (marque con una x todos los que correspondan)

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> TDAH                      | <input type="checkbox"/> Depresión                              | <input type="checkbox"/> Cólicos menstruales           |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad                  | <input type="checkbox"/> Diabetes                               | <input type="checkbox"/> Cinetosis                     |
| <input type="checkbox"/> Síndrome de Asperger      | <input type="checkbox"/> Trastornos alimentarios                | <input type="checkbox"/> Hemorragias nasales           |
| <input type="checkbox"/> Asma                      | <input type="checkbox"/> Epilepsia                              | <input type="checkbox"/> OCD                           |
| <input type="checkbox"/> Autismo                   | <input type="checkbox"/> Desmayo                                | <input type="checkbox"/> ODD                           |
| <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral        | <input type="checkbox"/> Gafas/lentes de contacto/<br>Deterioro | <input type="checkbox"/> PTSD                          |
| <input type="checkbox"/> Estreñimiento/diarrea     | <input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva                  | <input type="checkbox"/> Anemia de células falciformes |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones/convulsiones | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca                    | <input type="checkbox"/> Trastornos del sueño          |
| <input type="checkbox"/> Desafío                   | <input type="checkbox"/> Nefropatía                             | <input type="checkbox"/> Otro: _____                   |

Sírvase explicar cualquier respuesta afirmativa a las preguntas anteriores. Indique cualquier información que pueda ser útil para el personal del campamento, incluida la enfermera del campamento. Indique también cualquier actividad que deba fomentarse o restringirse.

¿Su hijo necesita algún equipo especial en el campamento o tiene un trabajador individual, que asistirá al campamento con su hijo?

- SÍ       NO

¿Ha tenido su hijo problemas con la ley?

- SÍ       NO

Si su respuesta fue sí, no significa que su hijo será excluido del campamento, pero nos ayudará a satisfacer mejor las necesidades de su hijo y de los otros niños en el campamento. Por favor, describa:

Haga una lista de los medicamentos que su hijo toma regularmente y que necesitaría durante las horas de campamento. Incluya el nombre del medicamento, la dosis y el tiempo necesario.

_____	_____
_____	_____
_____	_____

# Consentimiento y liberación

## Consentimiento para asistir al campamento

Yo (Padre/Tutor), \_\_\_\_\_, por la presente doy permiso para

(Niño's

Nombre) \_\_\_\_\_ para asistir al campamento Kids Path en \_\_\_\_\_.

Entiendo que el objetivo de venir es para ayudar a facilitar el proceso de duelo de mi hijo y brindarle apoyo para que experimente sus sentimientos de dolor.

Además, en consideración a mi hijo que asiste al campamento Kids Path, indemnizaré y mantendré indemne de responsabilidad a Mountain Valley Hospice & Palliative Care o al campamento Kids Path de cualquier acción legal solicitada por o en mi nombre de cualquier persona a causa de cualquier lesión o daño sufrido o sufrido por mi hijo mientras asistía al campamento Kids Path. o sometido a tratamiento médico, por el presente renuncio a cualquier derecho de acción legal por o en nombre mío y / o de mi hijo contra Mountain Valley Hospice & Palliative Care o al campamento Kids Path.

## Consentimiento para el tratamiento médico

En el caso de que no pueda ser contactado o estar presente, por la presente autorizo al personal de Mountain Valley Hospice & Palliative Care a ejecutar todos y cada uno de los documentos, incluidos los consentimientos, acuerdos y liberaciones necesarios en mi nombre que pueda ser requerido por cualquier centro médico para realizar cualquier tratamiento a causa de cualquier accidente o enfermedad sufrida o incurrida por (Nombre del niño), \_\_\_\_\_, mientras asistía al campamento Kids Path. Entiendo que en el caso de que se necesite tratamiento médico de emergencia, mi hijo será transportado al departamento de emergencias de un hospital local. Entiendo que seré responsable de los costos de cualquier tratamiento médico proporcionado a mi hijo.

## Foto/Historia/Comunicado audiovisual

Por la presente, afirmo que soy el padre / tutor de (Nombre del niño), \_\_\_\_\_ y doy mi consentimiento para el uso de Mountain Valley Hospice & Palliative care y campamento Kids Path, fotografías, noticias o audiovisuales de mi hijo para la reproducción de los mismos en cualquier forma, incluyendo marketing, ilustraciones, educación o publicación.

Sí  No

## Declaración de permiso de padre/tutor

El historial de salud incluido en este paquete es correcto hasta donde yo sé, y la persona aquí descrita tiene mi permiso para participar en todas las actividades prescritas del campamento, excepto como se indica. Si él / ella parece estar enfermo, no lo enviaré al programa. Doy permiso al personal de campamento Kids Path para compartir la información contenida en este paquete con los voluntarios y consejeros que trabajarán con mi hijo.

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Representante de MVHPC: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

# Reglas del campista.

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

1. Por favor, use zapatos de tenis u otros zapatos cerrados. Por favor, no hay chanclas. Esto si es por la seguridad del niño. Puede traer chanclas para usar en la piscina.
2. Los niños deben vestirse apropiadamente con pantalones cortos y camisas modestas. Se deben usar zapatillas de deporte para proteger los pies. Tendremos actividades al aire libre.
3. A cada niño se le permite expresar sus propios sentimientos únicos sobre la muerte en un ambiente seguro.
4. Cada niño tiene derecho a necesitar que otras personas lo ayuden con su dolor, especialmente los adultos que se preocupan por ellos.
5. Por favor, sea considerado con los sentimientos de otros campistas mientras trabajan a través de su propio dolor.
6. Deje todos los dispositivos electrónicos en casa. Habrá una variedad de actividades para mantener ocupados a los campistas. El personal del campamento tendrá teléfonos si es necesario.
7. Todos los participantes se respetarán entre sí y al personal del campamento. Los insultos, los insultos, las peleas, el lenguaje grosero, el comportamiento irrespetuoso y la violencia nunca son aceptables. El despido del campamento puede resultar después de dos advertencias verbales.
8. Un padre / tutor llamado por un problema de comportamiento que resulte en el despido debe asegurarse de que su hijo sea recogido una hora después de haber sido llamado.
9. Por favor, mantenga limpias las instalaciones de nuestro campamento. Tenga en cuenta mantener todas las pertenencias juntas y toda la basura en los botes de basura.
10. Si no es tuyo, entonces sé respetuoso con el dueño y no lo toques.

Por favor, indique cualquier restricción dietética: Vegetariano / Otro: \_\_\_\_\_

Por favor, enumere cualquier otra necesidad o solicitud especial (miedo a los animales, al agua, a los payasos, etc.):

¿Cómo te enteraste del campamento?

Al registrarse en este campamento, usted acepta cumplir con las reglas y la comprensión del Camino de los Niños del Campamento y ha discutido estas reglas con su hijo / hijos. Usted entiende que la asistencia a Camp Kids Path se basa en el respeto mutuo y la consideración entre los campistas y el personal.

He leído y entiendo este formulario:

Padre/Tutor: Fecha: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Camper: Fecha: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

## Qué llevar:

**(Por favor, elimine esta página para conservarla, para que sepa qué llevar el día del campamento)**

1. **Traiga un artículo que le perteneció o le fue dado por su ser querido. (Esto puede ser una imagen o un objeto).**
2. Traiga un traje de baño o bañadores con usted para acampar. Habrá actividades acuáticas en el campamento.
3. Use zapatos de tenis. Las chancas se pueden brought y usar durante las actividades acuáticas.
4. Traiga una toalla o actividades acuáticas.
5. Traiga una cambia de ropa. **Se proporcionará camiseta.**

No es necesario llevar comida o bebidas de casa. Se proporcionarán todos las comida y bocadillos.