

## Forma para el Campamento Familia 2019

Aplicaciones en español e inglés ya están en el internet. Visite [www.okizu.org/apply](http://www.okizu.org/apply) para aplicar.

- Este es un fin de semana de apoyo y descanso gratis para familias del norte de California que tienen un niño que tiene o ha tenido cáncer pediátrico.
- Estos fines de semana son para pacientes que tiene o tenía cáncer, sus padres y hermanos/as.
- Manda por correo las aplicaciones completas a la oficina de Okizu a 83 Hamilton Drive, Suite 200, Novato, CA 94949.
- Para recibir más información en español por favor llame a la oficina de Okizu al 415.382.9083.

Nombre(s) de los padre(s): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Condado: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Teléfono de trabajo: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono de celular: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

### **Fechas de las Sesiones para el Campamento Familia 2019:**

**Por favor escoja su primera, segunda, y tercera preferencia.**

CF1 \_\_\_\_ Abril 26–28 Específicamente para las familias que perdió su hijo/a

CF2 \_\_\_\_ Mayo 3–6 Campamento Familia James W. Hebert

CF3 \_\_\_\_ Mayo 17–19 Discusión en español disponible

CF4 \_\_\_\_ Mayo 24–27

CF5 \_\_\_\_ Agosto 9–12

CF6 \_\_\_\_ Agosto 30–Sept 2

CF7 \_\_\_\_ Sept 6–9 Discusión en español disponible

CF8 \_\_\_\_ Sept 20–23 Específicamente para las familias que perdió su hijo/a

CF9 \_\_\_\_ Sept 27–29

CF10 \_\_\_\_ Oct 18–20

Campamentos Familias 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9 y 10 están disponibles a todas las familias de oncología pediátrica en el norte de California y usted debe elegir la sesión que más se ajuste a sus necesidades y horario. Campamentos Familias 1 y 8 son específicamente para familias las familias que perdió su hijo/a.

Todos los campamentos de familia son de viernes a las 5:00 pm a lunes después del desayuno para dar a más tiempo a Camp Okizu. Si no es posible estar hasta el lunes, es posible salir en Domingo.

Si está interesado, por favor, tenga en cuenta que contamos con los siguientes recursos adicionales en ciertos fines de semana:

- CF2 tendrá recursos adicionales para las familias con un niño con un tumor y tendrá recursos adicionales para las familias con un niño con un tumor sólido. cerebral.
- CF3 y CF7 tendrán un grupo de discusión adicional se ofrece en español.

**Por favor pon la información de todos los miembros de su familia que asistirán al campamento familiar.**

El Campamento Familia se ofrece a los pacientes con cáncer, sus hermanos/as y sus padres. Si tiene preguntas, por favor contacte a [enrollment@okizu.org](mailto:enrollment@okizu.org) o llame al 415.382.9083.

<u>Nombre</u>	<u>Edad</u>	<u>Sexo</u>	<u>Fecha de nacimiento</u>
Padre 1	_____	_____	_____
Padre 2	_____	_____	_____
Niño 1	_____	_____	_____
Niño 2	_____	_____	_____
Niño 3	_____	_____	_____
Niño 4	_____	_____	_____
Niño 5	_____	_____	_____
Niño 6	_____	_____	_____
Niño 7	_____	_____	_____

**Participación Pasado**

¿Ha asistido su familia al Campamento Familia de Okizu antes? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos años? \_\_\_\_\_

Como oíste de Okizu? Por favor, marque lo que aplica. \_\_\_Doctor \_\_\_Enfermera \_\_\_Asistente Social \_\_\_Amigo  
\_\_\_Internet \_\_\_Otro (por favor especifica): \_\_\_\_\_

¿Ha asistido su hijo/a al Campamento SIBS o Campamento de Oncología antes? \_\_\_\_\_

Si la respuesta es si, marque a que campamento: SIBS \_\_\_\_\_ Oncología \_\_\_\_\_

**Paquete de Aceptación**

Una vez que esta solicitud es procesada y aprobada, recibirá un paquete de aceptación vía correo electrónico o Correos de EE.UU.

¿Cómo le gustaría recibir los materiales de aceptación? \_\_\_\_\_ Por correo electrónico \_\_\_\_\_ Por correos de EE.UU.

**Si usted elige correo electrónico, por favor asegúrese de que ha proveído un correo electrónico legible en la página 1.**

¿Prefiere recibir los materiales de aceptación en español? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

**Contactos de emergencia**

En caso de emergencia por favor indique a alguien que no sea usted a quien podamos contactar:

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Teléfono de celular: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## **Información sobre el paciente con cáncer**

Por favor complete esta información aunque el paciente ya no esté en tratamiento.

Nombre del niño que tiene o tenía cáncer: \_\_\_\_\_

Diagnostico: \_\_\_\_\_

Fecha del diagnóstico: \_\_\_\_\_ Fecha(s) de recaída(s): \_\_\_\_\_

Doctor: \_\_\_\_\_

Lugar de tratamiento: (seleccione todas las que correspondan)

\_\_\_\_\_ California Pacific Medical Center, San Francisco

\_\_\_\_\_ John Muir Medical Center, Walnut Creek

\_\_\_\_\_ Kaiser Permanente Oakland Medical Center

\_\_\_\_\_ Kaiser Permanente Roseville Medical Center

\_\_\_\_\_ Kaiser Permanente Santa Clara Medical

\_\_\_\_\_ Lucile Packard Children's Hospital at Stanford

\_\_\_\_\_ Sutter Medical Center, Sacramento

\_\_\_\_\_ UC Davis Medical Center, Sacramento

\_\_\_\_\_ UCSF Benioff Children's Hospital Oakland

\_\_\_\_\_ UCSF Benioff Children's Hospital San Francisco

Otro lugar: \_\_\_\_\_

Etapas de tratamiento: \_\_\_\_\_ En tratamiento \_\_\_\_\_ Sin tratamiento \_\_\_\_\_ Nuestra familia esta desolada

Si fuera de tratamiento, ¿cuánto tiempo sin tratamiento? \_\_\_\_\_

Por favor coméntenos acerca de su situación actual referente a el diagnostico de cáncer. Por ejemplo, esta en tratamiento, recaída reciente, remisión, etc. Por favor infórmenos de cualquier circunstancia actual por la cual su familia está pasando. Por ejemplo, divorcio, hospedería, nuevos problemas relacionados al tratamiento anterior, problemas en la escuela, etc.

---

---

---

---

---

---

---

---

## **Información sobre el cuidado básico**

Por favor infórmenos acerca de **cualquier miembro familiar** con alergias u otros problemas de salud, mental o físico lo cual requiere tratamiento, restricción u otras acomodaciones mientras están en campamento Okizu.

---

---

---

---

---

---

---

---

## Acomodaciones

Durante nuestros fines de semana, tenemos cabañas (cabins) y carpas (tents). Mientras que la mayoría de las familias se quedan en cabañas, muchas familias disfrutan de dormir bajo las estrellas en nuestra "ciudad de carpas/tent` city". Las familias pueden traer su propio, o pedir prestado una carpa de Okizu que duerme hasta ocho personas.

- No, nos gustaría quedarnos en una cabaña.  
 Sí, nos gustaría quedarnos en una carpa y traer nuestra propia carpa.  
 Sí, nos gustaría quedarnos en una carpa y necesitamos pedir prestado uno de Okizu.

## Amistad y Apoyo

- Por petición de muchas de nuestras familias, nos gustaría hacer una hoja de contactos para cada fin de semana del Campamento Familia. Con su permiso, nosotros usaremos información en esta forma para crear un perfil de su familia que será compartido a su llegada al campamento familiar. Este perfil incluirá el nombre del paciente con cáncer y el diagnóstico, fecha del diagnóstico, edad, centro de tratamiento y doctor. También nos gustaría incluir los nombres de los hermanos/as y edades y nombre de los padres, correo electrónico y la ciudad en la que viven.
- Solo incluiremos a las personas que elijan participar en esto.
- Esta hoja de contactos será entregada al comienzo de cada fin de semana y el propósito es doble. Uno es para permitir a familias con los mismos diagnósticos, pacientes de edades similares o hermanos, etc. se encuentren durante el fin de semana y dos para que se mantengan en contacto después que el campamento familiar haya acabado.

- Sí, por favor de incluir a mi familia en la hoja de contactos familiares para la sesión a la que asistiremos.  
 No, por favor de no incluir a mi familia.

## Fotos

Al participar en los programas de Okizu, usted está autorizándonos usar fotos de usted o su familia en nuestros folletos, en nuestra página web, o en cualquier otro material para recaudar fondos o de relaciones públicas. Si no desea que usemos sus imágenes, usted necesita completar un formulario de **"No Autorización de Fotos" en nuestra oficina. Usted necesita renovar este formulario cada año.** Por favor llame o mande un correo electrónico a nuestras oficinas para obtener este formulario.

## Información Demográfica

Las siguientes preguntas son opcionales y sólo serán utilizadas para obtener financiación de fundaciones que requieren de este tipo de información demográfica.

<b>Etnicidad</b>	<input type="checkbox"/> Afroamericano	<b>Nivel de Ingresos Anualmente</b>	<input type="checkbox"/> Menos de \$24,999
	<input type="checkbox"/> Asiático o Islas Pacíficas		<input type="checkbox"/> \$25,000 - \$49,999
	<input type="checkbox"/> Caucásico		<input type="checkbox"/> \$50,000 - \$74,999
	<input type="checkbox"/> Hispano o Latino		<input type="checkbox"/> \$75,000 - \$99,999
	<input type="checkbox"/> Nativo Americano		<input type="checkbox"/> \$100,000 - \$124,999
	<input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> \$125,000 - \$149,999

## Acuerdo del Padre/Guardián

- Yo solamente traeré a aquellos miembros de familia originalmente escritos a menos que esté aprobado por OkizuC por adelantado.
- Le he informado de todas las alergias y/o enfermedades, físicas y mentales que requieren tratamiento, restricciones e intervención mientras mi hijo(a) asiste al Campamento Okizu.
- Yo no traeré ninguna mascota al Campamento Familia.
- Yo no traeré alcohol, sustancias ilegales o armas de cualquier tipo al Campamento Okizu.

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

Escriba su nombre: \_\_\_\_\_

**Envíe por correo las aplicaciones completas a la oficina Okizu a la siguiente dirección.**

Okizu, 83 Hamilton Drive, Suite 200, Novato, CA 94949 TEL 415.382.9083 FAX 415.382.8384 enrollment@okizu.org