

Forma para el Campamento Familia 2018

Aplicaciones en español e inglés ya están en el internet. Visite 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 2018:

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

CF 1 ____Abril 20 – 23 Específicamente para las familias que perdió su hijo/a

CF 2 ____Mayo 4 – 7 Campamento Familia James W. Hebert

CF 3 ____Mayo 18 – 21 Discusión en español disponible

CF 4 ____Mayo 25 – 28

CF 5 ____Agosto 10 – 13

CF 6 ____Agosto 17 – 20

CF 7 ____Agosto 31 – Sept 3

CF 8 ____Sept 14 – 17 Específicamente para las familias que perdió su hijo/a

CF 9 ____Sept 21 – 24

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.

Campamentos Familias **2, 3, 4, 5, 6, 7, y 9** 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.

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

- CF 2 tendrá recursos adicionales para las familias con un niño con un tumor cerebral.
- CF 3 tendrá un grupo de discusión adicional se ofrece en español.
- CF 9 tendrá recursos adicionales para las familias con un niño con un tumor sólido.

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 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.

| | | | |
|------------------|---|-------------------------------------|--|
| Etnicidad | <input type="checkbox"/> Afroamericano | Nivel de Ingresos Anualmente | <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 Okizu por adelantado.
- Yo les he informado de cualquier necesidad especial que requiera atención durante nuestra estadía en el campamento de verano.
- 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