

# SOLICITUD DE CAMP MARIPOSA® 2024 PARA JÓVENES

Gracias por su interés en inscribir o reinscribir a un joven en el programa Camp Mariposa®.

El Camp Mariposa es un programa anual de prevención de adicciones y de mentores para jóvenes de 9 a 12 años afectados por el trastorno por consumo de sustancias de un familiar. Todos los jóvenes y mentores se comprometen a participar en el programa durante un año asistiendo al menos a cuatro campamentos y actividades adicionales. Algunas sedes del Camp Mariposa (CM) también ofrecen campamentos de día o de noche para adolescentes de 13 a 17 años.

Camp Mariposa ha proporcionado servicios para jóvenes y familias durante más de quince años. Reconocemos que algunas preguntas de la solicitud pueden ser información sensible para que usted comparta y le agradecemos que nos proporcione la información necesaria. La información recopilada nos permite desarrollar un programa que beneficiará a todos los jóvenes y recopilará información demográfica importante. Si tiene preguntas sobre la solicitud, comuníquese con el Director del Programa del Camp Mariposa de su localidad.

Ubicación de interés de Camp Mariposa: \_\_\_\_\_

## Programa de Camp Mariposa:

Campista (edades 9 a 12)    Orientador juvenil    Exalumno    Adolescente

## ¿Cómo supo de Camp Mariposa?

Director/personal de CM    Padre/madre/cuidador de CM    Amigo  
 Escuela:    Trabajador social/administrador de casos    Terapeuta  
 Medios de comunicación social    Sitio web de Eluna    Otros: \_\_\_\_\_

## Información del solicitante juvenil

Primer nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo: \_\_\_\_\_

Nombre preferido o apodo: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (mm/dd/aa): \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

**Género:** Femenino    Masculino     No conforme/no binario     Prefiero autodescribirme: \_\_\_\_\_

**Dirección de domicilio:** \_\_\_\_\_ **N.º de apartamento o unidad:** \_\_\_\_\_

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

**Número de teléfono:** \_\_\_\_\_ **Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

**Talla de camiseta del solicitante juvenil: Talla del joven:**  XL

**Talla de adulto:**  XS     S     M     L     XL     2X     3X

¿El solicitante se ha quedado alguna vez de noche fuera de su casa?  Sí     No

*Usaremos la siguiente información para recopilar datos demográficos.*

¿El solicitante juvenil reúne los requisitos para recibir o recibe almuerzo gratis en su escuela? Sí      No

**Raza o grupo étnico del solicitante:**  Africano/afroestadounidense     Amerindio/nativo estadounidense

Asiático     Hispano/latino     Isleño del Pacífico     Blanco/caucásico

Multirracial (marque todas las razas/etnias que corresponda)     Autodescriba la raza/etnia: \_\_\_\_\_

¿El solicitante ha estado involucrado alguna vez con el sistema de justicia juvenil?  Sí     No

**Marque todas las opciones que correspondan:**

Arrestado     Detención en un centro juvenil     En régimen de libertad condicional

Comparecencia ante un tribunal     Infracción menor (ejemplo: ausentismo escolar, fuga del hogar, ingobernabilidad)

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

¿Se le han prestado servicios de esta organización alguna vez al solicitante juvenil?      No

## Actividades juveniles

¿El solicitante juvenil participa en alguna de las siguientes actividades fuera de este programa?

(marque todo lo que corresponda):

Actividades religiosas     Deportes     Club de Chicos y Chicas     Niños o niñas exploradores/as

Actividades de la Asociación Cristiana de Jóvenes     Hermanos o Hermanas Mayores     Danza/teatro/artes     4H

Campamento de día     Campamento nocturno     Otro: \_\_\_\_\_

¿El solicitante recibe servicios de orientación en la actualidad?  Sí     No

# Información sobre la familia del joven

**El solicitante juvenil vive con (marque todo lo que corresponda):**

- |   |   |   |  |                                 |
|---|---|---|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Madre (biológica)                        | <input type="checkbox"/> Madrastra      | <input type="checkbox"/> Madre adoptiva | <input type="checkbox"/> Madre de crianza temporal | <input type="checkbox"/> Abuela |
| <input type="checkbox"/> Padre (biológico)                        | <input type="checkbox"/> Padrastro      | <input type="checkbox"/> Padre adoptivo | <input type="checkbox"/> Padre de crianza temporal | <input type="checkbox"/> Abuelo |
| <input type="checkbox"/> Hermano(s)                               | <input type="checkbox"/> Hermanastro(s) | <input type="checkbox"/> Primo(s)       | <input type="checkbox"/> Tía(s)                    | <input type="checkbox"/> Tío(s) |
| <input type="checkbox"/> Personal o programa grupal y residencial |   | <input type="checkbox"/> Otro: _____    |  |                                 |

**Pariente del solicitante que haya tenido dificultades (pasadas o presentes) con el mal de la adicción (marque todo lo que corresponda):**

- |  |   |   |  |                                 |
|--|---|---|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Madre (biológica) | <input type="checkbox"/> Madrastra      | <input type="checkbox"/> Madre adoptiva | <input type="checkbox"/> Madre de crianza temporal | <input type="checkbox"/> Abuela |
| <input type="checkbox"/> Padre (biológico) | <input type="checkbox"/> Padrastro      | <input type="checkbox"/> Padre adoptivo | <input type="checkbox"/> Padre de crianza temporal | <input type="checkbox"/> Abuelo |
| <input type="checkbox"/> Hermano(s)        | <input type="checkbox"/> Hermanastro(s) | <input type="checkbox"/> Primo(s)       | <input type="checkbox"/> Tía(s)                    | <input type="checkbox"/> Tío(s) |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____       |   |   |  |                                 |

**Indique el tipo de sustancia con el que el pariente del solicitante ha tenido dificultades (marque todo lo que corresponda):**

- |                                      |  |  |
|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alcohol     | <input type="checkbox"/> Alucinógenos (LSD, fenciclidina [Phencyclidine, PCP], etc.) | <input type="checkbox"/> Estimulantes (cocaína, metanfetamina, Adderall, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Marihuana   | <input type="checkbox"/> Opiáceos (heroína, fentanilo, oxycodona, etc.)              | <input type="checkbox"/> Otro: _____   |
| <input type="checkbox"/> Desconocido | <input type="checkbox"/> Prefiero no decirlo   |  |

**El solicitante tiene o tuvo un pariente o tutor en las fuerzas armadas (en el pasado o presente):**  Sí  No

**En caso afirmativo, indique todas las fuerzas a las que está afiliada su familia:**

- |                                   |                                    |   |                                       |   |  |  |
|-----------------------------------|------------------------------------|---|---------------------------------------|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ejército | <input type="checkbox"/> La Armada | <input type="checkbox"/> El Cuerpo de Marines | <input type="checkbox"/> Fuerza Aérea | <input type="checkbox"/> Guardia Nacional | <input type="checkbox"/> Guardia Costera | <input type="checkbox"/> Fuerza espacial |
|-----------------------------------|------------------------------------|---|---------------------------------------|---|--|--|

**En caso afirmativo, indique la situación de su(s) pariente(s) con afiliación a las fuerzas armadas:**

- |                                 |                                  |  |
|---------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Activo | <input type="checkbox"/> Reserva | <input type="checkbox"/> Retirado / veterano |
|---------------------------------|----------------------------------|--|

**En caso afirmativo, indique qué parientes están o estuvieron en las fuerzas armadas (marque todo lo que corresponda):**

- |  |   |   |  |                                 |
|--|---|---|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Madre (biológica) | <input type="checkbox"/> Madrastra      | <input type="checkbox"/> Madre adoptiva | <input type="checkbox"/> Madre de crianza temporal | <input type="checkbox"/> Abuela |
| <input type="checkbox"/> Padre (biológico) | <input type="checkbox"/> Padrastro      | <input type="checkbox"/> Padre adoptivo | <input type="checkbox"/> Padre de crianza temporal | <input type="checkbox"/> Abuelo |
| <input type="checkbox"/> Hermano(s)        | <input type="checkbox"/> Hermanastro(s) | <input type="checkbox"/> Primo(s)       | <input type="checkbox"/> Tía(s)                    | <input type="checkbox"/> Tíos   |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____       |   |   |  |                                 |

## Antecedentes del solicitante juvenil

Reconocemos que las siguientes preguntas pueden representar información delicada, pero nos ayudarán a planificar y preparar un programa que beneficie a todos los jóvenes. En caso de que haya maltratos de algún tipo en la actualidad, el personal de Camp Mariposa tiene el deber y la obligación de hacer denuncias.

### Salud mental

¿El solicitante o alguien de su familia ha sufrido problemas de salud mental? Sí  No

En caso afirmativo. Indiqué quién tuvo esta experiencia (marque todo lo que corresponda):

- Solicitante       Madre       Padre       Hermano/a  
 Tío/tía       Abuelo/a       Primo/a       Otro: \_\_\_\_\_

### Maltrato o abandono

¿El solicitante sufrió maltratos?  Sí  No

En caso afirmativo, indique qué tipo de maltrato (marque todo lo que corresponda):

- Abuso emocional       Abandono       Físico:  
 Sexual       Verbal       Otro: \_\_\_\_\_

### Cuidado temporal / de parientes

¿El solicitante ha estado anteriormente en cuidado de familia temporal o cuidado de parientes? Sí  No

En caso afirmativo, indique el estatus del solicitante en el sistema de cuidado de familia temporal o cuidado de parientes:

- ¿El solicitante ha estado anteriormente en cuidado de familia temporal o cuidado de parientes?       En familia de cuidado temporal, pero en el proceso de reunirse con su familia  
 Actualmente en cuidado de parientes/cuidado de familia temporal/acogimiento en grupo

### Aflicción/pérdida

¿El solicitante ha sufrido aflicción o pérdidas, por ejemplo, por fallecimiento, separación o encarcelamiento?  Sí  No

En caso afirmativo, especifique:

---

---

---

## Información de contacto del padre, madre o tutor

Primer nombre: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_

Nombre preferido/apodo (si lo tiene): \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (mm/dd/aa): \_\_\_\_\_

Género:  Femenino  Masculino  No conforme/no binario  Prefiero autodescribirme: \_\_\_\_\_

Dirección de domicilio \_\_\_\_\_ N.º de apartamento o unidad: \_\_\_\_\_

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

Número de teléfono \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Relación con el solicitante: \_\_\_\_\_

## Contactos de emergencia

Incluya a dos personas aparte de usted con quienes podamos comunicarnos en caso de una emergencia en el campamento.

### Contacto de emergencia n.º 1

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el solicitante: \_\_\_\_\_

Número de teléfono preferido: \_\_\_\_\_ Tipo de teléfono:  Celular  Tel. de vivienda

### Emergencia Contacto n.º 2

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el menor: \_\_\_\_\_

Número de teléfono preferido: \_\_\_\_\_ Tipo de teléfono:  Celular  Tel. de vivienda

## Información adicional sobre el solicitante

Incluya cualquier necesidad especial o dificultades físicas que tenga el solicitante:

---

---

---

**Díganos que significaría para el solicitante la participación en el programa de Camp Mariposa:**

---

---

---

**Incluya algunos pasatiempos o intereses que tenga el solicitante:**

---

---

---

## **Constancia**

- Entiendo que Camp Mariposa es un programa de un año de duración. Haremos todo lo posible para garantizar que mi solicitante asiste a cada campamento los fines de semana y a la mayoría de las actividades sociales que tendrán lugar durante el año próximo.
- Por la presente certifico que la información facilitada en este formulario es veraz y completa. Eximo de responsabilidad a cualquier persona o a esta organización que dé, reciba, o utilice dicha información en la toma de decisiones con respecto a la inscripción de mi hijo/joven en el Camp Mariposa.

**Firma del padre, de la madre o del tutor legal:** \_\_\_\_\_

**Fecha (mm/dd/aa):** \_\_\_\_\_