

Retiro El Viñedo de Rachel



- Cuando:** **Marzo 2,3, y 4 de 2018**
- Hora:** **Viernes, 5:00 p.m. hasta el domingo a las 3:00 p.m.**
- Lugar:** **Caridades Católicas. 2450 North Harvard Tulsa, OK**
- Costo:** **\$100.00 por persona**

El precio por el fin de semana incluye alojamiento por la noche del viernes y sábado, una comida el viernes, tres comidas el sábado, dos comidas el domingo y meriendas el viernes y sábado.

Debe pagar la cantidad completa al momento de registrarse. Si no puede pagar la cantidad completa, debe dejar un depósito de por lo menos \$50 para reservar su cupo para el retiro.

Ayuda financiera disponible – contáctenos para discutirlo.

Recibirá una carta en el correo una vez que se acerque la fecha del retiro, en la cual se le dará información adicional acerca del retiro, incluyendo una lista de las cosas que debe traer y la dirección para llegar al retiro.

Es importante que se comprometa a quedarse en el retiro el fin de semana completo. Si se pierde cualquier parte del retiro interferiría con el proceso de cierre que usted necesita. Considere este fin de semana como un regalo que se está dando a usted mismo.

Debe registrarse con anticipación ya que el espacio es limitado. La fecha máxima para registrarse es el viernes antes de la fecha del retiro. Complete la planilla de registro y el cuestionario en las páginas 2 y 3. Usted puede pagar en efectivo o en cheque a nombre de Catholic Charities y envíelo por correo con la planilla de registro/cuestionario a:

Martha Lievano-Stanton, LMSW
Catholic Charities, RV Retreat
PO Box 580460
Tulsa, OK. 74158

¿Preguntas? Español: Martha 918-508-7134
O mstanton@cceok.org
Inglés: Mary Lee Weaver 918-508-7142
marylee@cceok.org

El retiro y el proceso de registro son confidenciales y los nombres de todos participantes se mantienen en estricta confidencialidad.

Retiro El Viñedo de Rachel Registro & Cuestionario

Nombre _____
Primero Segundo Apellido Prefiere ser llamado

Dirección _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono(s) (____) _____ (____) _____ (____) _____
Casa Celular Trabajo (opcional)

Correo electrónico

Podemos contactarlo por carta? ___Si ___No por Email? ___Si ___No

Podemos dejar mensaje en su contestadora? ___Si ___No

Por favor indique la mejor hora para llamar _____

En caso de emergencia en el retiro, a quién podemos contactar?

Nombre _____ Teléfono (____) _____

Celular (____) _____ Cuál es el parentesco con usted? _____

Usted compartirá el cuarto con otra persona en una casa tipo dormitorio. Usted tiene alguna necesidad especial? ___Si ___No Si su respuesta fue Si, por favor explique _____

Yo necesito una dieta especial. ___Si ___No Si su respuesta fue Si, por favor explique _____

No puedo inscribirme para este retiro, pero por favor contácteme para el próximo. _____

Las siguientes preguntas son bastante personales, pero sus respuestas nos ayudarán a entender mejor en que parte del proceso de sanación se encuentra y si debemos saber de alguna ayuda especial que necesite.

Le damos la seguridad que todo lo que nos diga se mantendrá en la mayor confidencialidad.

Preguntas acerca de la familia y soporte personal

Queremos saber si tiene personas en su vida que le brindan apoyo.

1. Edad? ____ Estado civil? ___soltero ___casado ___divorciado ___viudo

2. Ha mantenido el aborto como un secreto? ___Si ___No

3. Si no es un secreto, qué otras personas saben de su aborto? Explique cómo lo han ayudado a enfrentarlo

5. Si está casado, su esposo(a) es el padre o la madre del niño abortado? ___Si ___No

6. Su esposo(a) estaría interesado en atender el retiro con usted? ___Si ___No
(Recomendamos que su esposo(a) asista al retiro con usted de ser posible)

7. Quién asistirá al servicio Conmemorativo con usted? _____

Preguntas de familia, pérdida y el paso del tiempo

El proceso de dolor y otras pérdidas enfrentadas.

1. Hace cuanto fue el aborto? _____ Qué edad tenía cuando paso? _____
2. Ha perdido otros niños? ___Si ___No Cuantos? _____
Indique el número de: ___pérdidas involuntarias ___nacidos muertos ___abortos
3. Ha perdido algún otro miembro de su familia? ___Si ___No Quien? _____
4. Tiene hijos? ___Si ___No Cuántos y las edades _____

Preguntas acerca de la salud médica y psicológica

Información acerca del cuidado médico y psicológico obtenido en el trato del aborto.

1. Ha tenido servicio de orientación o terapia en relación con el aborto? ___Si ___No
2. Hace cuánto? _____ Duración _____ La terapia fue de ayuda? ___Si ___No
3. Actualmente recibe servicio de orientación o terapia? ___Si ___No
Por qué razón? _____
Nombre del terapeuta y/o doctor: _____
7. Alguna vez ha sido diagnosticado con un desorden emocional o psicológico?
___Si ___No De ser afirmativo, cual fue diagnóstico? _____
7. Toma alguna medicina por razones psicológicas? ___Si ___No
Que tipo (s) (nombre y dosis)? _____

8. Tiene algun problema médico, necesidad especial o dieta especial que debamos saber?

9. Algo más que quiere sepamos de usted? _____
10. Fuma? ___Si ___ No Las Caridades Católicas es un campus libre del humo y tabaco.
11. Cuál es su religión? _____

Usted no necesita ser católico o ni siquiera cristiano para participar en el Retiro El Viñedo de Rachel. El retiro es de presentación católica y tendrá la oportunidad de asistir a misa y recibir orientación privada de un sacerdote.
12. Cómo supo de este retiro? _____
13. Tiene alguna pregunta, comentario o preocupación? _____

