



**FORMA DE INFORMACION Y AUTORIZACION
PARA MENORES ACOMPAÑANDO A
NINO DE DESEO EN VIAJE**

A: El padre(s) o tutor(es) de

[Nombre del Menor participando en el deseo]

DE: Make-A-Wish Foundation® of Illinois

Uno de nuestros niños que va a recibir un deseo, _____ (“Niño del Deseo”), ha pedido que su hijo (“Menor”) participe en su deseo, el cual va a involucrar viajar a y de regreso de _____ en _____, 20__ (el “Niño del Deseo”). Para que el “Menor” pueda participar en el deseo, Usted deberá firmar nuestra en representación del “Menor” y de usted mismo nuestra forma da “Autorización y Liberación de Responsabilidad Re: Información Medica y de Publicidad” Además, le pedimos que nos proporciona la siguiente información, la cual será proporcionada a los padres/tutores del Niño del Deseo bajo quienes seran responsables del “Menor” durante el Deseo:

INFORMACION EN CASO DE EMERGENCIA

Su nombre(s): _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ (casa) _____ (trabajo) _____ (celular)

Correo Electrónico: _____ (personal) _____ (trabajo)

Vive el Menor con ambos padres biológicos? _____ Si _____ No

Si la respuesta es “No,” por favor proporcione el nombre e información para contactar al otro padre biológico:

Proporcione el nombre y teléfono de la persona (s) a contactar en caso de emergencia, y proporcione la relación de esta persona con el Menor:

INFORMACION DEL MENOR

Nombre completo del Menor: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Proporcione nombre y teléfono del medico de cabecera del Menor:

Enumere todo los medicamentos e que el Menor este tomando (incluya indicaciones medicas): _____

Alergias del Menor: _____

Alguna otra cuestión medica del Menor? _____

INFORMACION DEL SEGURO MEDICO

Nombre del asegurado: _____

Compañía de Seguro Medico: _____

Teléfono: _____ Nombre/Numero de Grupo: _____

[Por favor anexe una copia de la tarjeta del seguro o comprobante del seguro]

AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO MEDICO

El padre(s) o tutor(es) de _____ (“Menor”), autorizan a _____
_____ obtener y autorizar cualquier tratamiento o procedimiento medico para nuestro hijo,
si es necesario, mientras esta fuera del Estado de _____ durante el periodo
de ____ a _____, 20____.

[Firma de la Madre/Tutor del Menor]

[Firma del Padre/Tutor del Menor]

Fecha

Fecha

Testigos de las firmas:

[Firma del Testigo #1]

[Firma del Testigo #2]

BAJO JURAMENTO ante mi _____ día de _____, 20____.

Notario Publico