



## FORMA DE LA FAMILIA DE MAKE-A-WISH

Nombre del/la Niño/a: \_\_\_\_\_  
*Nombre Segundo Nombre Apellido*

Padre/Madre/Tutor/a Legal: \_\_\_\_\_  
*Nombre Segundo Nombre Apellido*

Madre  Padre  Otra: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono del Hogar: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Teléfono Móvil: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Padre/Madre/Tutor/a Legal: \_\_\_\_\_  
*Nombre Segundo Nombre Apellido*

Madre  Padre  Otra: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono del Hogar: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Teléfono Móvil: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Deseo Previo: ¿Alguna vez se le ha concedido un deseo a su hijo/a, o él/ella ha sido considerado/a por Make-A-Wish® o por cualquier otra organización que otorga deseos?  Sí\*  No. \*Si contestó Sí, por favor indique el nombre de la organización, el deseo, y la fecha en el que se le otorgó o se le otorgará.

Un deseo con otra organización no puede llevarse a cabo antes de la realización de una experiencia con Make-A-Wish.

Redes Sociales: Make-A-Wish desea mantenerse conectada a través de redes sociales. Si esto le interesa, por favor provea la información de contacto en cada sitio en el que usted esté activo/a. \_\_\_\_\_

### Firmas Requeridas

#### Yo entiendo y estoy de acuerdo con que:

1. No se me han hecho promesas ni se me ha asegurado cosa alguna por cualquier representante de Make-A-Wish con respecto al deseo solicitado;
2. El otorgamiento de cualquier deseo y la participación de cualquier persona en el deseo es contingente a la aprobación de Make-A-Wish y el médico del/la niño/a, así como del cumplimiento total de toda condición, cualificación, y restricción designadas por Make-A-Wish;
3. Todos los individuos con derechos de paternidad o de custodia sobre el/la niño/a deben aprobar el deseo antes de que éste se otorgue y debe firmar toda la documentación necesaria; y
4. Que el recibir un deseo puede impactar la elegibilidad a asistencia y/o beneficios públicos.

#### Yo juro que la información que he proporcionado es veraz y completa de acuerdo a mi conocimiento.

\_\_\_\_\_  
Firma del/la Padre/Madre/Tutor/a Legal      Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del/la Padre/Madre/Tutor/a Legal      Fecha

\_\_\_\_\_  
Por favor escriba el nombre en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Por favor escriba el nombre en letra de molde

Nombres de los representantes de Make-A-Wish ayudando a llenar esta forma.

\_\_\_\_\_

Participantes del Deseo Solicitado, como lo indicó el/la niño/a pidiendo el deseo. Por favor liste los nombres legales de **todos** los participantes solicitados y su información relevante. **NOTA:** Make-A-Wish no garantiza la participación de cualquier individuo que aparezca en la lista de abajo.

Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Relación con el/la Niño/a	Fecha de Nacimiento	Tamaño de Playera

¿Todos los participantes del deseo solicitado residen con el/la niño/a?  Sí  No

Si contestó No, liste el nombre completo de cualquier participante que no resida con el/la niño/a. Por favor detalle los arreglos de residencia/las circunstancias singulares por las que cualquier participante solicitado no resida con el/la niño/a. \_\_\_\_\_

¿El/la participante del deseo tiene necesidades médicas?  Sí  No

Si contestó Sí, liste el nombre completo de cualquier participante con necesidades médicas. Se puede requerir información adicional. \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia (*adulto que no sea participante*): \_\_\_\_\_  
Nombre Segundo Nombre Apellido

Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Relación con el/la niño/a: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**Antecedentes Étnicos del/la Niño/a:** La siguiente información es **OPCIONAL** y será usada **SÓLO CON PROPÓSITOS ESTADÍSTICOS**. La respuesta debe proveerla el/la niño/a o sus padres/tutores si optan por hacerlo. *Por favor seleccione una o más de las siguientes opciones como sea apropiado.*

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Indio/a Americano/o o Nativo/a de Alaska      | <input type="checkbox"/> Del Medio Oriente               |
| <input type="checkbox"/> Nativo/a de Hawái o de Otra Isla del Pacífico | <input type="checkbox"/> Negro/a o Afro Americano/a      |
| <input type="checkbox"/> Asiático/a                                    | <input type="checkbox"/> Hispano/a, Latino/a o Español/a |
| <input type="checkbox"/> Blanco/a o Caucásico/a                        | <input type="checkbox"/> Otro _____                      |

**NOTA:** En el evento de que existan dudas relacionadas con el significado del lenguaje usado aquí, la versión en inglés gobernará.