

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

**Programando el Deseo**

Por favor indique tres periodos de tiempo en los cuales su familia tiene mayor disponibilidad para el cumplimiento del deseo.

\_\_\_\_\_ ó \_\_\_\_\_ ó \_\_\_\_\_  
Mes/Año Mes/Año Mes/Año

¿Hay alguna cosa en el calendario de su familia (tratamientos médicos futuros, obligaciones escolares o de trabajo, vacaciones planeadas, etc.) que pueda impactar su habilidad de participar en un deseo?

Sí (por favor dé los detalles abajo)  No

---



---

**Información de Identificación del Conductor**

Muchos deseos envuelven el uso de un vehículo rentado. Debido a esto, por favor indique a un/a conductor/a principal que pueda manejar durante el curso del deseo.

***Por favor incluya una fotocopia de la/s licencia/s válida/s de manejo).***

Conductor/a Principal. Nombre como aparece en la licencia: \_\_\_\_\_

Núm. de Licencia Válida de Manejo: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fecha de Vencimiento: \_\_\_\_\_

Conductor/a Potencial. Nombre como aparece en la licencia: \_\_\_\_\_

Núm. de Licencia Válida de Manejo: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fecha de Vencimiento: \_\_\_\_\_

¿Cuenta usted con seguro automovilístico actualizado?  Sí  No

¿El seguro de su automóvil le provee cobertura mientras usa un auto rentado?  Sí  No

¿Su familia se sentiría a gusto en un vehículo rentado, si se recomendara uno para el deseo?  Sí  No

¿Se necesita un vehículo con acceso para silla de ruedas?  Sí  No

**Información Médica**

*Por favor llene totalmente si cualquier participante tiene necesidades médicas. Los detalles específicos se pueden listar en "Solicitudes Adicionales".*

Preguntas Médicas	Sí	No	Notas
¿Hay algún participante solicitado tiene restricciones especiales de dieta? Si contestó Sí, por favor anótelas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Hay algún participante solicitado requiere silla de ruedas? Si contestó Sí, por favor describa el tamaño de la silla.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ alto _____ ancho _____ profundidad
¿Su familia traerá su propia silla de ruedas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿La silla de ruedas es plegable?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿La silla de ruedas es eléctrica? Si contestó Sí, por favor indique el tipo de batería que usa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ celda seca ( <i>dry cell</i> ) _____ celda húmeda/gel ( <i>wet/gel cell</i> )
¿Hay algún participante solicitado requerirá oxígeno? Si contestó Sí, por favor describa qué tan frecuentemente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ de día _____ de noche _____ 24 horas
¿Hay algún medicamento necesita ser refrigerado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Hay algún participante solicitado recibe servicios de enfermería? Si contestó Sí, por favor liste el número de horas, la agencia y el número telefónico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Horario _____ Agencia _____ Teléfono # _____
¿Hay algún participante solicitado tiene alergias a alimentos o materiales? Si contestó Sí, por favor anote quién y qué alergia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Hay algún participante solicitado requiere cualquier otro suministro <u>médico</u> ? Si contestó Sí, por favor detalle quién y qué se requiere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Participante _____ Suministros _____

**Solicitudes Adicionales:** Cualquier solicitud adicional se cumplirá a discreción de la oficina del grupo. Si se solicitan suministros médicos durante el viaje, por favor detalle la información relevante como número de modelo, fabricante, tamaño, dimensiones, y cualquier otra información pertinente.

**Información de Viaje**

*Por favor llene completamente si el deseo solicitado es un deseo de viaje.*

Preguntas de Viaje	Sí	No	Notas
¿Su familia ha volado antes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Se necesitará un intérprete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Se requerirá/n asiento/s de seguridad en el auto rentado? Si contestó Sí, ¿cuántos y de qué tipo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ bebé _____ pequeñín _____ elevado
¿Todos los participantes solicitados pueden sentarse durante el despegue/aterrizaje en un avión? Si contestó No, por favor anote quién no puede hacerlo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Se necesitará rentar una carriola? Si contestó Sí, ¿qué tipo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ sencilla _____ doble
¿Se requerirá hospedaje accesible a discapacitados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Cada participante solicitado tiene un pasaporte válido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Cada participante solicitado (de 18 años de edad y mayores) tiene una identificación válida emitida por el estado o federal de los Estados Unidos? Si contestó Sí, por favor provea una copia de la identificación válida de cada individuo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Su plan médico cubre servicios fuera del estado donde residen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Su familia tiene una tarjeta de crédito válida? Típicamente, un hotel pedirá una tarjeta de crédito para incidentales que puedan ocurrir durante su estancia. Si usted no tiene tarjeta de crédito, se pueden hacer otros arreglos; sin embargo, Make-A-Wish necesita saberlo por adelantado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	