



## 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: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Domicilio 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: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Domicilio 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.

**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.

| <i>Nombre</i> | <i>Segundo Nombre</i> | <i>Apellido</i> | <i>Relación con el/la Niño/a</i> | <i>Fecha de Nacimiento</i> | <i>Tamaño de Playera</i> |
|---------------|-----------------------|-----------------|----------------------------------|----------------------------|--------------------------|
|               |                       |                 |                                  |                            |                          |
|               |                       |                 |                                  |                            |                          |
|               |                       |                 |                                  |                            |                          |
|               |                       |                 |                                  |                            |                          |
|               |                       |                 |                                  |                            |                          |
|               |                       |                 |                                  |                            |                          |
|               |                       |                 |                                  |                            |                          |
|               |                       |                 |                                  |                            |                          |

**¿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: \_\_\_\_\_

Domicilio Electrónico: \_\_\_\_\_

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

**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.*

- ☐ Indio/a Americano/o o Nativo/a de Alaska
- ☐ Nativo/a de Hawái o de Otra Isla del Pacífico
- ☐ Asiático/a
- ☐ Blanco/a o Caucásico/a

- ☐ Del Medio Oriente
- ☐ Negro/a o Afro Americano/a
- ☐ Hispano/a, Latino/a o Español/a
- ☐ Otro \_\_\_\_\_