



# Formulario del Niño/a del Deseo

## Información del Niño/a del Deseo

Nombre legal completo: \_\_\_\_\_  
*Nombre* *Segundo Nombre* *Apellido*

Nombre Preferido: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa del niño: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Teléfono móvil del niño: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Correo electrónico del niño: \_\_\_\_\_

Talla de camisa:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 2T                    | <input type="checkbox"/> Adulto X-Pequeño  |
| <input type="checkbox"/> 4T                    | <input type="checkbox"/> Adulto Pequeño    |
| <input type="checkbox"/> Juvenil X-Chica       | <input type="checkbox"/> Adulto Mediano    |
| <input type="checkbox"/> Jóvenes Pequeños      | <input type="checkbox"/> Adulto Grande     |
| <input type="checkbox"/> Medio juvenil         | <input type="checkbox"/> Adulto XL         |
| <input type="checkbox"/> Jóvenes grandes       | <input type="checkbox"/> Adulto XX-Grande  |
| <input type="checkbox"/> Jóvenes extra grandes | <input type="checkbox"/> Adulto XXX-Grande |

## Mis favoritos

Color \_\_\_\_\_  
Historia de libro \_\_\_\_\_  
Juego \_\_\_\_\_  
Alimento \_\_\_\_\_  
Restaurante \_\_\_\_\_  
Pastel/Dulces \_\_\_\_\_  
Bocadillos \_\_\_\_\_  
Clase en la escuela \_\_\_\_\_

Música/Cantante \_\_\_\_\_  
Pasatiempo \_\_\_\_\_  
Película \_\_\_\_\_  
Espectáculo \_\_\_\_\_  
Actor actriz \_\_\_\_\_  
Deporte/Atleta \_\_\_\_\_  
Mascota \_\_\_\_\_  
Otro \_\_\_\_\_



**Aficiones e intereses:**

Cuando estoy afuera, me gusta...

---

---

---

Cuando estoy adentro, me gusta...

---

---

---

Electrónica/Los juegos con los que me gusta jugar son...

---

---

---

Cuando estoy con mi familia me gusta...

---

---

---

Cuando estoy con mis amigos, me gusta...

---

---

---



## Lluvia de ideas de deseos

**Nota del voluntario:** Capture detalles sobre cada idea de deseo expresada por el Niño/a del Deseo. Se proporciona espacio para capturar hasta cuatro ideas, pero no se requieren las cuatro. Se deben capturar al menos dos ideas.

Idea del deseo: \_\_\_\_\_

### **POR QUÉ**

*¿Por qué esto es importante para usted?*

### **QUÉ**

*¿Que le gustaría hacer? ¿Cómo se ve?*

### **CÓMO**

*¿Cómo se enteró?*

***Cuénteme más, cuénteme todo lo que sepa al respecto.***

Idea del deseo: \_\_\_\_\_

### **POR QUÉ**

*¿Por qué esto es importante para usted?*

### **QUÉ**

*¿Que le gustaría hacer? ¿Cómo se ve?*

### **CÓMO**

*¿Cómo se enteró?*

***Cuénteme más, cuénteme todo lo que sepa al respecto.***





Idea del deseo: \_\_\_\_\_

**POR QUÉ**

*¿Por qué esto es importante para usted?*

**QUÉ**

*¿Que le gustaría hacer? ¿Cómo se ve?*

**CÓMO**

*¿Cómo se enteró?*

***Cuénteme más, cuénteme todo lo que sepa al respecto.***

Idea del deseo: \_\_\_\_\_

**POR QUÉ**

*¿Por qué esto es importante para usted?*

**QUÉ**

*¿Que le gustaría hacer? ¿Cómo se ve?*

**CÓMO**

*¿Cómo se enteró?*

***Cuénteme más, cuénteme todo lo que sepa al respecto.***





# Notas de Voluntarios

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

Complete una página de notas después de terminar la visita inicial de descubrimiento de deseos para asegurarnos de que podamos comprender completamente al Niño/a del Deseo y sus intereses. Las notas pueden incluir, pero no se limitan a lo siguiente:

- Cualquier idea adicional expresada por el Niño/Niña del Deseo.
- Detalles específicos de las experiencias de deseo previstas que no se capturan en el formulario del Niño/a del Deseo.
- Necesidades y/o solicitudes específicas de la familia.
- Preguntas y comentarios de familiares.
- Historias e imágenes que ayuden a comprender por qué las ideas de deseos del niño son significativas para él
- Cualquier información adicional sobre el Niño/a del Deseo y/o la familia del deseo que desee compartir con el personal.

¿Sería útil una llamada telefónica con usted para hablar sobre este deseo, el Niño/a del Deseo o la familia del deseo?  Sí  No



# Formulario para la Familia del Deseo

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

## Contacto de emergencia para adultos no participantes

En caso de una emergencia, proporcione la siguiente información para un adulto que no participará en la experiencia del deseo.

Nombre del contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de contacto de emergencia: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Correo electrónico de contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia Relación con el Niño/a del Deseo

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Niño             | <input type="checkbox"/> Medio hermano      | <input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja |
| <input type="checkbox"/> Padre adoptivo   | <input type="checkbox"/> Enfermera/Cuidador | <input type="checkbox"/> Padrastro      |
| <input type="checkbox"/> Hermano adoptivo | <input type="checkbox"/> Tutor              | <input type="checkbox"/> Hermanastro    |
| <input type="checkbox"/> Amigo            | <input type="checkbox"/> Relativo           | <input type="checkbox"/> Otro           |
| <input type="checkbox"/> Abuelo           | <input type="checkbox"/> Hermano            |   |

## Participantes de deseos solicitados

Complete esta información para cada participante solicitado.

Nombre legal completo: \_\_\_\_\_  
Nombre Segundo Nombre Apellido

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono preferido: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tipo de teléfono preferido:  Hogar  Trabajo  Móvil

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Tutor legal del Niño/a del Deseo:  Sí  No Reside con el Niño/a del Deseo:  Sí  No

¿Se requiere equipo médico o adaptaciones especiales?  Sí  No

Relación con el Niño/a del Deseo:

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Niño             | <input type="checkbox"/> Medio hermano      | <input type="checkbox"/> Hermano        |
| <input type="checkbox"/> Padre adoptivo   | <input type="checkbox"/> Intérprete         | <input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja |
| <input type="checkbox"/> Hermano adoptivo | <input type="checkbox"/> Enfermera/Cuidador | <input type="checkbox"/> Padrastro      |
| <input type="checkbox"/> Amigo            | <input type="checkbox"/> Tutor              | <input type="checkbox"/> Hermanastro    |
| <input type="checkbox"/> Abuelo           | <input type="checkbox"/> Relativo           | <input type="checkbox"/> Otro           |



Se pueden hacer copias adicionales de esta página para capturar a todos los participantes solicitados.

Nombre legal completo: \_\_\_\_\_  
*Nombre* *Segundo Nombre* *Apellido*

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono preferido: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tipo de teléfono preferido:  Hogar  Trabajo  Móvil

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Tutor legal del Niño/a del Deseo:  Sí  No Reside con el Niño/a del Deseo:  Sí  No

¿Se requiere equipo médico o adaptaciones especiales?  Sí  No

Relación con el Niño/a del Deseo:

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Niño             | <input type="checkbox"/> Medio hermano      | <input type="checkbox"/> Hermano        |
| <input type="checkbox"/> Padre adoptivo   | <input type="checkbox"/> Intérprete         | <input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja |
| <input type="checkbox"/> Hermano adoptivo | <input type="checkbox"/> Enfermera/Cuidador | <input type="checkbox"/> Padrastro      |
| <input type="checkbox"/> Amigo            | <input type="checkbox"/> Tutor              | <input type="checkbox"/> Hermanastro    |
| <input type="checkbox"/> Abuelo           | <input type="checkbox"/> Relativo           | <input type="checkbox"/> Otro           |

Nombre legal completo: \_\_\_\_\_  
*Nombre* *Segundo Nombre* *Apellido*

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono preferido: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tipo de teléfono preferido:  Hogar  Trabajo  Móvil

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Tutor legal del Niño/a del Deseo:  Sí  No Reside con el Niño/a del Deseo:  Sí  No

¿Se requiere equipo médico o adaptaciones especiales?  Sí  No

Relación con el Niño/a del Deseo:

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Niño             | <input type="checkbox"/> Medio hermano      | <input type="checkbox"/> Hermano        |
| <input type="checkbox"/> Padre adoptivo   | <input type="checkbox"/> Intérprete         | <input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja |
| <input type="checkbox"/> Hermano adoptivo | <input type="checkbox"/> Enfermera/Cuidador | <input type="checkbox"/> Padrastro      |
| <input type="checkbox"/> Amigo            | <input type="checkbox"/> Tutor              | <input type="checkbox"/> Hermanastro    |
| <input type="checkbox"/> Abuelo           | <input type="checkbox"/> Relativo           | <input type="checkbox"/> Otro           |



Se pueden hacer copias adicionales de esta página para capturar a todos los participantes solicitados.

Nombre legal completo: \_\_\_\_\_  
*Nombre* *Segundo Nombre* *Apellido*

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono preferido: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tipo de teléfono preferido:  Hogar  Trabajo  Móvil

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Tutor legal del Niño/a del Deseo:  Sí  No Reside con el Niño/a del Deseo:  Sí  No

¿Se requiere equipo médico o adaptaciones especiales?  Sí  No

Relación con el Niño/a del Deseo:

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Niño             | <input type="checkbox"/> Medio hermano      | <input type="checkbox"/> Hermano        |
| <input type="checkbox"/> Padre adoptivo   | <input type="checkbox"/> Intérprete         | <input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja |
| <input type="checkbox"/> Hermano adoptivo | <input type="checkbox"/> Enfermera/Cuidador | <input type="checkbox"/> Padrastro      |
| <input type="checkbox"/> Amigo            | <input type="checkbox"/> Tutor              | <input type="checkbox"/> Hermanastro    |
| <input type="checkbox"/> Abuelo           | <input type="checkbox"/> Relativo           | <input type="checkbox"/> Otro           |

Nombre legal completo: \_\_\_\_\_  
*Nombre* *Segundo Nombre* *Apellido*

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono preferido: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tipo de teléfono preferido:  Hogar  Trabajo  Móvil

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Tutor legal del Niño/a del Deseo:  Sí  No Reside con el Niño/a del Deseo:  Sí  No

¿Se requiere equipo médico o adaptaciones especiales?  Sí  No

Relación con el Niño/a del Deseo:

- |   |   |                                      |
|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Niño             | <input type="checkbox"/> Intérprete         | <input type="checkbox"/> Padrastro   |
| <input type="checkbox"/> Padre adoptivo   | <input type="checkbox"/> Enfermera/Cuidador | <input type="checkbox"/> Hermanastro |
| <input type="checkbox"/> Hermano adoptivo | <input type="checkbox"/> Tutor              | <input type="checkbox"/> Otro        |
| <input type="checkbox"/> Amigo            | <input type="checkbox"/> Relativo           |                                      |
| <input type="checkbox"/> Abuelo           | <input type="checkbox"/> Hermano            |                                      |
| <input type="checkbox"/> Medio hermano    | <input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja     |                                      |





# Formulario de información de deseos

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

## Programando el deseo

Indique tres periodos de tiempo en los que tendrá mayor disponibilidad para el cumplimiento del deseo.

\_\_\_\_\_ o \_\_\_\_\_ o \_\_\_\_\_  
Mes año Mes año Mes año

¿Hay algo en su calendario (próximos tratamientos médicos, compromisos escolares o laborales, vacaciones planificadas, etc.) que puedan afectar su capacidad para participar en un deseo?

Sí (por favor detalle a continuación)  No

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Información de identificación del conductor

Muchos deseos implican el uso de un vehículo de alquiler. Por este motivo, indique un conductor principal y potencial que pueda estar conduciendo durante el curso del deseo. **Envíe una fotocopia de la(s) licencia(s) de conducir válida(s).**

Conductor principal, nombre tal como aparece en la licencia: \_\_\_\_\_

Número de licencia de conducir válido: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fecha de caducidad: \_\_\_\_\_

Conductor potencial, nombre tal como aparece en la licencia: \_\_\_\_\_

Número de licencia de conducir válido: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fecha de caducidad: \_\_\_\_\_

¿Tiene seguro de automóvil vigente?  Sí  No

¿Su seguro de automóvil brinda cobertura mientras usa un automóvil de alquiler?  Sí  No

¿Se siente cómoda su familia conduciendo un vehículo de alquiler, si se recomendara uno para el deseo?  Sí  No

¿Se necesita un vehículo accesible para sillas de ruedas?  Sí  No





### Información médica

Complete completamente si algún participante solicitado tiene necesidades médicas. Los detalles específicos se pueden enumerar en "solicitudes adicionales".

| Preguntas médicas   | Sí                       | No                       | Notas  |
|---|--------------------------|--------------------------|--|
| ¿Algún participante solicitado tiene restricciones dietéticas especiales? En caso afirmativo, tenga en cuenta.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| ¿Algún participante solicitado requiere una silla de ruedas? En caso afirmativo, describa el tamaño de la silla de ruedas.                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ____ h____w____d   |
| ¿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? En caso afirmativo, tenga en cuenta el tipo de batería.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ____ pila seca____ celda húmeda/gel                        |
| ¿Algún participante solicitado requiere oxígeno? En caso afirmativo, describa con qué frecuencia.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ____ Tiempo de día<br>____ Noche ____ 24 horas             |
| ¿Algún medicamento requiere refrigeración?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| ¿Algún participante solicitado actualmente recibe atención de enfermería? En caso afirmativo, indique el número de horas, la agencia y el número de teléfono. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Horas _____<br>Nombre de agencia _____<br>Teléfono # _____ |
| ¿Algún participante solicitado tiene alergias a alimentos o materiales? En caso afirmativo, tenga en cuenta quién y qué alergia.                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| ¿Algún participante solicitado requiere otros suministros médicos? En caso afirmativo, detalle quién y qué se requiere.                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Partícipe _____<br>Suministros _____<br>_____              |

**Requerimientos adicionales:** Cualquier solicitud adicional queda a discreción de la oficina del capítulo. Si se solicitan suministros médicos, detalle el número de modelo, el fabricante, el tamaño, las dimensiones y cualquier otra información pertinente si es necesario durante el viaje.

---



---



---



## Información de viaje

Complete 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 necesitarán asientos de coche de alquiler?<br>En caso afirmativo, tenga en cuenta cuántos/de qué tipo.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ____ niño ____ niño pequeño<br>____ refuerzo |
| ¿Todos los participantes solicitados pueden sentarse durante el despegue/aterrizaje del avión? Si la respuesta es no, tenga en cuenta quién no puede hacerlo.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| ¿Se necesitará un cochecito de alquiler? En caso afirmativo, ¿de qué tipo?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ____ soltero ____ doble                      |
| ¿Se requerirán adaptaciones accesibles para discapacitados?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| ¿Cada participante solicitado tiene pasaportes válidos?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| ¿Cada participante solicitado (mayor de 18 años) tiene una identificación con foto emitida por un estado o federal de EE. UU. válida? En caso afirmativo, proporcione una copia de una identificación válida para cada individuo.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| ¿Su seguro médico incluye cobertura si viaja fuera del estado?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| ¿Tiene su familia una tarjeta de crédito importante válida?<br>Por lo general, un hotel solicitará una tarjeta de crédito para imprevistos que puedan ocurrir durante una estadía. Si no tiene una tarjeta de crédito, se pueden hacer otros arreglos; sin embargo, Make-A-Wish necesita saberlo con anticipación. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |

