

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

Nombre Preferido: \_\_\_\_\_ Género:  Masculino  Femenino  Otro \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Tamaño de Playera del/la Niño/a: \_\_\_\_\_

Condición Médica del/la Niño/a: \_\_\_\_\_

Domicilio Principal del/la Niño/a: \_\_\_\_\_

Teléfono Móvil del/la Niño/a, si es aplicable: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Correo Electrónico del/la Niño/a, si es aplicable: \_\_\_\_\_

Mis Favoritos:

Color	_____	Música/Cantante	_____
Libro/Cuento	_____	Pasatiempo	_____
Juego	_____	Película	_____
Comida	_____	Programa de TV	_____
Restaurante	_____	Actor/Actriz	_____
Pastel/Dulce	_____	Deporte/Atleta	_____
Botana	_____	Mascota/Animal	_____
Clase Escolar	_____	Otra	_____

Cuando salgo afuera, me gusta...  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cuando estoy en casa, me gusta...  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Los aparatos electrónicos / juegos con los que me gusta jugar son...  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cuando estoy con mi familia, me gusta...  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cuando estoy con mis amigos, me gusta...  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Al pensar en un deseo, algunas de mis ideas incluyen...

---

---

---

MI DESEO ES...

---

---

---

Éste es mi deseo porque...

---

---

---

---

---

Para mí, las partes más importantes de mi deseo serán...

---

---

---

---

---

Cuando pienso en mi deseo, me imagino...

---

---

---

---

Notas...

---

---

---

---



## 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.

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"/>	



LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD LEGAL  
Y AUTORIZACIÓN EN REFERENCIA A:  
INFORMACIÓN MÉDICA Y PUBLICIDAD

Los abajo firmantes han solicitado que la fundación Make-A-Wish Foundation® de \_\_\_\_\_, así como la fundación Make-A-Wish Foundation of America, todos los grupos con licencia y los afiliados de los mismos, y sus respectivos voluntarios, oficiales, directores, empleados y agentes (colectivamente, "Make-A-Wish"), cumplan un deseo ("Deseo") para \_\_\_\_\_ (el/la "Niño/a"). El/la Niño/a y las siguientes personas (colectivamente, "Participantes") han solicitado que Make-A-Wish les permita participar en el Deseo: (indique los nombres de los Participantes potenciales) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Los Participantes, y los padres o tutores legales del/la Niño/a y cualquier Participante menor de edad, están firmando esta Liberación de Responsabilidad Legal y Autorización en Referencia a: Información Médica y Publicidad ("Liberación y Autorización") para obligarse a sí mismos, a sus hijos menores, sus herederos, sucesores, asignatarios y sucesiones a las condiciones descritas en esto.

Liberación de Responsabilidad Legal

Los Participantes entienden que la participación en el Deseo puede conllevar el riesgo de lesión o daño a los Participantes y acuerdan que éste riesgo es totalmente asumido por los Participantes. Además, y en consideración de que Make-A-Wish considere el Deseo y, si así lo determina, el otorgamiento del Deseo, los Participantes por este medio liberan y acuerdan eximir de responsabilidad legal a Make-A-Wish por, de y contra cualquier y toda responsabilidad legal, daño y reclamación ("Reclamaciones") de cualquier tipo, conocidas o desconocidas, que puedan estar conectadas con, sean el resultado de, o surjan de la consideración, preparación, el cumplimiento o la participación en el Deseo. Esto incluye, pero no está limitado a, Reclamaciones envolviendo pérdida económica, enfermedad o condición médica, lesión o muerte accidental.

### Autorización en Referencia a: Información Médica

Los padres o los tutores legales del/la Niño/a: (1) otorgan permiso a Make-A-Wish para que obtenga toda la información médica del/la Niño/a que Make-A-Wish considere necesaria para la consideración o el cumplimiento del Deseo; (2) autoriza a todos los proveedores del cuidado para la salud, incluyendo al médico primario del/la Niño/a, para que provea a Make-A-Wish toda dicha información relacionada con el/la Niño/a; y (3) acuerda firmar cualquier forma adicional de autorización médica que pueda ser requerida por el/los proveedor/es del cuidado de la salud del/la Niño/a.

### Autorización de Publicidad

Los Participantes entienden y acuerdan que el cumplimiento del Deseo puede resultar en publicidad, ya sea que Make-A-Wish tome o no activamente pasos para publicar el Deseo. Sin embargo, al grado al que Make-A-Wish tenga control sobre el asunto, se pide a los padres o tutores del/la Niño/a que elijan entre las siguientes dos alternativas. [**Nota:** Al firmar esta Liberación y Autorización, todos los otros Participantes (o sus padres/tutores si es menor de 18 años de edad) acuerdan a estar obligados por la “opción de publicidad” seleccionada por los padres o tutores legales del/la Niño/a.]

**OPCIÓN 1 [Sí Autorizan la Publicidad]:** Los Participantes autorizan a Make-A-Wish a publicar el Deseo y a usar los nombre, parecidos y otra información de los Participantes, así como otra información sobre los Participantes y el Deseo (incluyendo la condición médica del/la Niño/a), ya sea que se exprese en fotografías, cintas de video, grabaciones o cualquier otro formato (colectivamente, “Información”), con propósitos de promoción, publicación, publicidad comercial, o cualquier otro propósito, fuere lo que fuere, ahora o en cualquier momento en el futuro. Los Participantes entienden y acuerdan que Make-A-Wish puede usar cualquiera de dicha Información: (1) en toda manera y en cualquier medio, ya sea que sea conocido ahora o inventado de aquí en adelante, incluyendo medios electrónicos e impresos y la Internet; (2) con o sin los nombres de los Participantes; (3) sin el pago de regalías o de otra compensación a cualquiera; y (4) sin la necesidad de notificarlos o de buscar otra aprobación antes de hacerlo.

*Iniciales de los padres/tutores del/la Niño/a si están autorizando la publicidad:* \_\_\_\_\_



**OPCIÓN 2 [Prefieren Negar la Publicidad]:** Los Participantes solicitan que la información relacionada con su participación en el Deseo no sea publicada activamente por Make-A-Wish a los medios noticiosos electrónicos o impresos, publicada en la Internet, o usada en materiales “colaterales” de Make-A-Wish como boletines informativos, folletos, reportes anuales, etc. Sin embargo, cada Participante entiende y acuerda que: (1) la información con respecto al Deseo y los Participantes será necesariamente considerada y revelada a aquellos envueltos en el proceso del Deseo; (2) que Make-A-Wish puede describir y promover general y públicamente el Deseo, sin identificar específicamente a los Participantes; y (3) que aún si Make-A-Wish no publica activamente el Deseo, el público en general y los medios de comunicación pueden obtener información concerniente a la participación de los Participantes en el Deseo de otras fuentes.

*Iniciales de los padres/tutores legales del/la Niño/a*  
**si prefieren que no se busque activamente la publicación del Deseo:** \_\_\_\_\_

Los Participantes reconocen haber leído y entendido esta Liberación y Autorización. Para el Deseo del/la Niño/a y de cualquier Participante menor de edad, la firma de sus padres o tutores es a nombre del/la padre/madre/tutor/a y a nombre del/la menor de edad. Los Participantes acuerdan que esta Liberación y Autorización expresa completa y precisamente su entendimiento y que no ha sido modificada oralmente o por escrito.

_____	_____
<i>Fecha</i>	<i>Firma del/la Padre / Madre / Tutor/a Legal del/la Niño/a</i>
_____	_____
<i>Fecha</i>	<i>Firma del/la Padre / Madre / Tutor/a Legal del/la Niño/a</i>
_____	_____
<i>Fecha</i>	<i>Firma de Otro/a Participante Adulto/a (si lo/a hay)</i>
_____	_____
<i>Fecha</i>	<i>Firma de Otro/a Participante Adulto/a (si lo/a hay)</i>
_____	_____
<i>Fecha</i>	<i>Firma de Otro/a Participante Adulto/a (si lo/a hay)</i>
_____	_____
<i>Fecha</i>	<i>Firma del/la Padre / Madre / Tutor/a Legal de Otro Participante Menor de Edad (si lo hay)</i>
_____	_____
<i>Fecha</i>	<i>Firma del/la Padre / Madre / Tutor/a Legal de Otro Participante Menor de Edad (si lo hay)</i>

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