



RECOMENDACIÓN PARA UN DESEO

A. INFORMACIÓN DEL NIÑO CANDIDATO PARA EL DESEO

Nombre: _____ Edad/FDN: _____ / _____ Masculino Femenino
 Condición Médica: _____ Lenguajes Primordiales: _____
 Dirección Permanente: _____
Dirección Completa Ciudad Estado Código Postal
 Dirección Actual (solo si es diferente): _____
 Teléfono: () _____ ¿Está el niño(a) conciente de su condición médica? Si No

B. PADRES/TUTORES LEGALES

Padres/Tutores Legales: _____ Padres/Tutores Legales: _____
 Madre Padre Otro: _____ Madre Padre Otro: _____
 Dirección Postal: _____ Dirección Postal: _____
 Ciudad, Estado, CP: _____ Ciudad, Estado, CP: _____
 Teléfono de casa: () _____ Teléfono de casa: () _____
 Teléfono de trabajo: () _____ Teléfono de trabajo: () _____
 Teléfono celular: () _____ Teléfono celular: () _____
 E-mail: _____ E-mail: _____
 Lenguaje primordial: _____ Lenguaje primordial: _____
 Hermanos/Edades: _____

¿Vive el niño con sus padres biológicos? Sí No Si responde no, se le solicitará documentación adicional.

C. INFORMACIÓN DEL MÉDICO E INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del Médico: _____ Hospital/Facilidad Médica: _____
 Teléfono de oficina: () _____ Fax: () _____
 Dirección _____
Dirección Completa Ciudad Estado Código Postal

D. PERSONA SOMETIENDO LA RECOMENDACIÓN

Nombre: _____ Relación al niño: _____
 Teléfono: () _____ Fax: () _____
(Código Telefónico) (Código Telefónico)

¿Cómo te enteraste de la Fundación Make-A-Wish®? _____

¿Está la familia del niño conciente de esta recomendación? Sí No

E. INFORMACIÓN ACERCA DEL DESEO

¿Ha recibido el niño(a) alguna vez un deseo de la Fundación Make-A-Wish o de otra fundación? Yes No
 ¿Puede el niño(a) expresarse verbalmente? Sí No Si no es así, ¿Cómo se comunica? _____
 ¿Tiene el niño retraso mental? Sí No _____
 ¿Es este un Deseo en emergencia? Sí No Si así es, especifique el tiempo de prioridad. _____

COMENTARIOS:

Para Uso de Oficina Solamente:

| | |
|--|--|
| Person taking referral: _____ | Referral date: _____ |
| Eligibility Confirmed <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Date: _____ If no, state reason: _____ |
| Wish Team: _____ ; _____ | _____ ; _____ |