



Granting Magical Wishes for little Texans with Life-Threatening Conditions since 1982
3751 West Freeway, Fort Worth, TX 76107 • 817-469-9474 • awishwithwings.org

Estimados padres o tutor:

Bienvenidos al mundo mágico de ¡ a un Deseo con Alas, Inc.! Deseamos hacer realidad los sueños de su hijo/a.

Por favor, lea toda la información, complete el Impreso de Petición del Deseo que encontrará en las páginas siguientes y envíe este documento completo a nuestra oficina. Tan pronto como lo recibamos, le enviaremos una carta confirmando la llegada del mismo.

Un representante se pondrá en contacto con usted para hablar acerca de los deseos de su hijo/a. Los deseos serán concedidos dentro de un plazo de seis meses después de haber recibido la petición de su hijo/a, a menos que circunstancias especiales requieran otros preparativos. Si el deseo de su hijo/a no fuera concedido dentro del período de seis meses, deberán completar otra Solicitud del Deseo. Si usted tuviera alguna pregunta concerniente al deseo de su hijo/a, por favor llame a nuestra oficina. Las horas de oficina son 9:00 A.M. a 5:00 P.M., de lunes a viernes. Cuando estemos fuera de la oficina, un contestador automático recogerá los mensajes de cualquier extensión. Por favor, asegúrese de dejar su número de teléfono de día para que podamos devolverle la llamada.

Por favor, revise los siguientes requisitos antes de completar la solicitud. Nuestras directrices requieren que su hijo/a:

1. Haya sido diagnosticado de una enfermedad terminal

Nota: No requerimos que su hijo/a haya sido diagnosticado como “terminal”.

- 2. Esté entre los 3 y 18 años cuando esta solicitud haya sido recibida. Las solicitudes para los niños que estén por debajo de los 3 años, deberán tener la aprobación de nuestra Junta Directiva.**
- 3. No haya recibido nunca un Deseo de ninguna otra agencia.**
- 4. Resida o esté recibiendo tratamiento en el estado de Texas; Las peticiones de deseo de niños fuera de Texas, deberán tener la aprobación de nuestra Junta Directiva.**

CÓMO HABLAR CON SU HIJO/A ACERCA DE CÓMO HACER ESE DESEO ESPECIAL

Según nuestra experiencia, la mejor forma de descubrir cual es el deseo de su hijo/a, es sugerirle que se imagine que tiene una varita mágica y que puede pedir tres deseos. También podría ayudarlo al niño/a hablarle sobre las cosas que a usted le gustaría tener, pero teniendo cuidado de no dar la impresión de que intenta imponer estos deseos al niño/a. Por ejemplo, una madre sintió vergüenza al enterarse por un asistente social que su hija de 3 años insistía que quería un ¡frigorífico! Aparentemente, cuando estuvieron hablando sobre hacer los deseos, la madre le comentó que deseaba tener un frigorífico nuevo. Aunque esta situación no es habitual, es preferible que no suceda.

¡Esté preparado para otras sorpresas por parte de los niños! Aunque usted sepa que el niño/a está deseando visitar a Mickey Mouse, no se extrañe al saber que lo que realmente quiere es un cachorro, una bicicleta o entradas para un concierto en particular, pero no se lo había dicho a nadie. Por favor, recuerde: este Deseo es para el niño/a que está enfermo y debería ser su mayor deseo, no lo que algún miembro de la familia quiera para él o para ella.

Después de que el niño/a haya expresado sus tres deseos, escríbalos en el lugar destinado para ello y en orden de preferencia. Si no está seguro del orden de preferencia, pregúntele a él o a ella. Esto implica dos cosas: Primero, da a Wish with Wings la alternativa de hablar con el médico del niño/a sobre la posibilidad de que el primer deseo no sea médicamente posible y no sea aprobado. Segundo, facilita otras alternativas en el caso de que el primer deseo no entre dentro de nuestras directrices (por ejemplo, cualquier vehículo motorizado).

Gracias por confiar el deseo de su hijo/a, a un Deseo con Alas, Inc.

INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del médico _____

Dirección del médico _____

Ciudad donde vive el médico, estado y código postal _____

Número de teléfono (_____) _____ Número de fax (_____) _____

Nombre del centro donde está siendo tratado/a _____

Nombre del especialista que está tratando al niño/a _____

Número de teléfono (_____) _____ Número de fax (_____) _____

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN DEL MÉDICO PARA PODER OTORGAR EL DESEO

(Atención: La autorización para ponernos en contacto con el médico de atención primaria del niño/a se encuentra en la siguiente página. Si tiene alguna pregunta sobre [a un Deseo con Alas, Inc.](#), o desea dialogar con mas detalle acerca de este niño/a en concreto, por favor, llame a nuestra oficina al número de teléfono 817-469-9474. ¡Le agradecemos su ayuda para poder otorgar el deseo de este niño/a!

Declaración del doctor y autorización médica: Tengo conocimiento de que el menor arriba citado, ha pedido a [a un Deseo con Alas, Inc.](#), que se le otorgue un deseo. Este niño está recibiendo actualmente tratamiento para una enfermedad peligrosa y la vida de él o de ella podría acortarse, y no pueda llegar a ser un adulto/a debido a dicha enfermedad. He leído la información detallada en la sección "información sobre el deseo" y considero que no hay ningún problema para poder otorgar cualquiera de los deseos, siempre y cuando se cumplan las condiciones siguientes. Entiendo que ese permiso puede ser cancelado si fuera necesario, y que [a un Deseo con Alas, Inc.](#), deberá ser notificado en el caso de una cancelación forzosa. También, tengo conocimiento de que esta autorización médica solo es válida durante 90 días a partir de la fecha de la firma y que podría ser necesaria la emisión de un nuevo permiso. Si el niño/a tuviera que viajar en avión, él o ella tiene mi permiso.

Firma del médico _____ Fecha _____

Enfermedad y fecha del diagnóstico _____

Limitaciones físicas actuales _____

Current Physical Limitations _____

Requisitos médicos (Por favor, marque las que se apliquen):

Requisitos físicos

_____ Oxígeno (litros por minuto) _____

_____ Silla de ruedas

_____ Otro (por favor, especifique) _____

Requisitos dietéticos (por favor, especifique) _____

Otros requisitos (por favor, especifique) _____

AUTORIZACIÓN PARA PONERSE EN CONTACTO CON EL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Para cumplir el deseo de su hijo, debemos ponernos en contacto con su médico de atención primaria a fin de obtener información sobre sus condiciones físicas, lo cual nos permitirá servirle con más eficacia. Por favor, firme abajo para autorizar al médico de atención primaria de su hijo/a para proveer esta información a [a un Deseo con Alas, Inc.](#)

Autorizo/autorizamos al médico de atención primaria de mi/nuestro hijo/a, para que provean a [a un Deseo con Alas, Inc.](#), con la información necesaria para que al niño/a le sea otorgado el deseo. Liberamos a [a un Deseo con Alas, Inc.](#), a sus trabajadores voluntarios, oficiales, agentes y empleados, de toda responsabilidad, indemnización y compensación, y les consideramos exentos de culpa por cualquier daño, reclamación, pleito, siniestro, pérdida o riesgo que surja ajeno a las actividades de [a un Deseo con Alas, Inc.](#), relacionadas con nuestra familia.

AMBOS PADRES DEBERÁN FIRMAR ABAJO EN PRESENCIA DE TESTIGOS

Firma de la madre/madrastra

Firma del testigo

Firma del padre/padrastro

Firma del testigo

Firmado el _____ day of _____, _____
Día Mes Año

PERMISO DE PUBLICACIÓN

Las historias de [a un Deseo con Alas, Inc.](#), son las de nuestros niños/as, tal como han sido contadas a la prensa, radio o televisión, en vídeo o película para proyector. El hecho de difundir esta información sobre el trabajo de a un Deseo con Alas, Inc., es para recaudar fondos para cumplir los deseos de más niños. Le pedimos su permiso para compartir la historia de su hijo/a con los medios de comunicación y contar cómo ha influido a un Deseo con Alas, Inc., en la vida del niño/a y de su familia. Por favor, indique en la siguiente declaración si nos concede o no su permiso para compartir la historia de su hijo/a con los medios de comunicación.

Por la presente Concedo No concedo el permiso a [a un Deseo con Alas, Inc.](#), para compartir nuestra historia o fotografías en las promociones y materiales educativos de a A Wish with Wings, Inc.,

Por la presente Concedo No concedo el permiso a [a un Deseo con Alas, Inc.](#), para compartir nuestra historia o fotografías en las promociones y materiales educativos de A Wish with Wings, Inc.,

AMBOS PADRES DEBERÁN FIRMAR ABAJO EN PRESENCIA DE TESTIGOS

Firma de la madre/madrastra

Firma del testigo

Firma del padre/padrastro

Firma del testigo

Firmado el _____ day of _____, _____
Día Mes Año



Granting Magical Wishes for little Texans with Life-Threatening Conditions since 1982
3751 West Freeway, Fort Worth, TX 76107 • 817-469-9474 • awishwithwings.org

IMPRESO DE PETICIÓN DE UN DESEO

TODA LA INFORMACIÓN SE CONSIDERA CONFIDENCIAL

Conteste a todas las preguntas y firme en el sitio indicado. También es necesaria la firma del médico de atención primaria de su hijo/a para dar curso a la solicitud. Los impresos incompletos serán devueltos a sus remitentes para su conclusión, ocasionando retrasos innecesarios. Cuando haya completado la solicitud, envíela a la dirección de arriba. ¡Gracias por confiar el deseo de su hijo/a a un Deseo con Alas, Inc. Estamos deseando trabajar con usted.

INFORMACIÓN SOBRE EL NIÑO

Nombre del niño _____

Fecha de nacimiento del niño _____ Edad _____ Sexo _____

Dirección _____

Ciudad, estado y código postal _____ Número de teléfono (_____) _____

INFORMACIÓN SOBRE LA FAMILIA

Nombre de la madre/madrastra _____

Dirección _____

Ciudad, estado y código postal _____

Número de teléfono (_____) _____ Email _____

Fecha de nacimiento _____

¿Tiene la madre/madrastra el carné de conducir? __Si __No Por favor incluya una copia de su tarjeta de identificación.

Teléfono de la empresa, del supervisor y del trabajo _____

Nombre de la padre/padrastro _____

Dirección _____

Ciudad, estado y código postal _____

Número de teléfono (_____) _____ Email _____

Fecha de nacimiento _____

¿Tiene el padre/padrastro el carné de conducir? Si No Por favor incluya una copia de su tarjeta de identificación.

Teléfono de la empresa, del supervisor y del trabajo _____

Si el niño no vive con ambos padres, ¿quién tiene la custodia legal? _____

Nombre del estado, dirección y número de teléfono del responsable legal, si fuera aplicable. Por favor, adjunte la documentación de la patria potestad _____

Nombre, edad y sexo de todos los hermanos y hermanas menores de 18 años que vivan en casa (por favor, si fuera necesario utilice papel adicional). Por favor incluya una copia de cada certificado de nacimiento del niños que se vivan en casa.

Nombre y apellidos	Fecha de nacimiento	Sexo
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Nombre y número de teléfono de un amigo o familiar al que podamos dejarle mensajes en caso de que no podamos ponernos en contacto con usted _____

INFORMACIÓN SOBRE EL DESEO

¿Ha contactado con otras organizaciones con relación al deseo de su hijo/a? En caso afirmativo, indique qué organización/es y cual fue su respuesta. Asegúrese de adjuntar copias de las cartas denegadas relacionadas con el deseo de su hijo/a.

Deseos solicitados anteriormente (incluya las fechas y las organizaciones): _____

¿Cuál es el deseo de su hijo/a? Por favor, recuerde que solo se puede cumplir un deseo. Le pedimos tres en caso de que uno o dos de ellos no puedan ser otorgados por razones médicas o ajenas a nuestra voluntad. Utilice papel adicional si lo necesita, y dé tantos detalles como sea posible.

DÍGANOS ACERCA DE USTED

¿Cuál es su color favorito? _____

¿Cuál es su clase de música favorita? _____

¿Cuales son sus películas favoritas? _____

¿Cuales pasatiempos le gustan o cuales juegos le gustan jugar? _____