

Solicitud de Deseo

Toda la información se considera confidencial.

Información Sobre el Niño

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre del niño	Fecha de nacimiento	Raza	Talla de Camisa

<input type="text"/>
Enfermedad

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre de la madre legal	Nombre del padre legal

¿Reside el niño con ambos padres biológicos? Sí No

Si no, ¿con quién residen?

¿Quién tiene la custodia del niño? Madre Padre Custodia compartida

Información Legal de Madre/Tutora Legal

¿Eres el contacto principal? Sí No

Nombre completo de la Madre Legal/ Tutora Legal

Talla de Camisa

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal

Teléfono primario: Casa Trabajo Celular Otro Correo electrónico

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ocupación	Lengua primaria

Estado civil: Casada Divorciado Separados Vuido Soltera

¿Tienes una licencia de conducir válida? Sí No

Si no, ¿tienes otra forma válida de identificación?

¿Es usted miembro o veterano del ejército o un socorrista? Sí No

Consulte la página siguiente para completar el formulario.

Solicitud de Deseo

Toda la información se considera confidencial.

Información Legal de Padre/Tutor Legal

¿Eres el contacto principal?

Sí

No

Nombre completo de la Padre Legal/ Tutor Legal

Talla de Camisa

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

Teléfono primario:

Casa

Trabajo

Celular

Otro

Correo electrónico

Ocupación

Lengua primaria

Estado civil: Casada

Divorciado

Seperados

Viudo

Soltero

¿Tienes una licencia de conducir válida?

Sí

No

Si no, ¿tienes otra forma válida de identificación?

¿Es usted miembro o veterano del ejército o un socorrista?

Sí

No

Información de Hermanos

Por favor escriba todos los hermanos y hermanas menores de 18 años que residan con el niño de deseo.

Nombre completo del hermano

Fecha de nacimiento

Edad

Sexo:

H

M

Talla de Camisa

Nombres de padres legales

¿Quién tiene la custodia del niño?

Nombre completo del hermano

Fecha de nacimiento

Edad

Sexo:

H

M

Talla de Camisa

Nombres de padres legales

¿Quién tiene la custodia del niño?

Nombre completo del hermano

Fecha de nacimiento

Edad

Sexo:

H

Mm

Talla de Camisa

Nombres de padres legales

¿Quién tiene la custodia del niño?

Nombre completo del hermano

Fecha de nacimiento

Edad

Sexo:

H

M

Talla de Camisa

Nombres de padres legales

¿Quién tiene la custodia del niño?

Información de Deseos

Toda la información se considera confidencial.

¿Ha contactado con otras organizaciones con relación al deseo de su hijo/a? Sí No

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.

- 1)
- 2)
- 3)

Cuéntanos sobre los favoritos de tu hijo/a.

Color:

Juego/Actividad:

Película:

Libro:

Personaje:

Deporte:

Comida:

¿Alguna otra información que debamos saber sobre su hijo?

Un representante se pondrá en contacto con usted para analizar los detalles del deseo de su hijo/a. Por favor, asegúrese de completar la solicitud de deseo en su totalidad. No dude en llamar a nuestra oficina con cualquier pregunta con respecto a la solicitud de su hijo/a.

Declaración y Autorización del Médico

Toda la información se considera confidencial.

Hospital:

Clínica:

Médico

Nombre del médico Teléfono de oficina Fax Correo electrónico

Trabajador Social

Nombre del trabajador social Teléfono de oficina Fax Correo electrónico

Especialista en Vida Infantil

Nombre del especialista en vida infantil Teléfono de oficina Fax Correo electrónico

Información Médica

Toda la información se considera confidencial.

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 le sea otorgado el deseo. Liberamos a a un Deseo con Alas, Inc., a sus trabajadores voluntarios, oficiales, agentes, servidores 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 del padre/tutor legal Firma de testigo

Firma del padre/tutor legal Firma de testigo

Firmado el día de Año
Fecha Mes Año

Physician's Statement and Authorization

All information will be kept confidential.

I am aware that [redacted] has requested a wish be granted by a Wish with Wings. This child is currently receiving treatment for a life-threatening condition, and he/she has a reduced likelihood of reaching adulthood because of that illness. I have read the information provided in the "Wish Information" section (request information from parent/guardian) and feel there will be no problem granting any of the wishes indicated, providing the following conditions are met. I understand this permission can be withdrawn at any time should the need arise and a Wish with Wings will be notified in the event withdrawal is necessary. I also understand this medical authorization is valid only for 90 days from the date below and written re-approval may be necessary after that date. If the child's request is a trip, he/she has my permission to travel by airplane to his/her destination.

[redacted]
Physician's Signature

[redacted]
Date

[redacted]
Medical Condition / Diagnosis

[redacted]
Date Diagnosed

[redacted]
Current Physical Limitations

Medical Requirements (please check all that apply)

Oxygen (liters per minute) [redacted]

Wheelchair Assistance

Other (please specify) [redacted]

Dietary Requirements (please specify)

Other Requirements (please specify)

Physician Comments

Physician and Medical Information

All information will be kept confidential.

Hospital:

Clinic:

Physician

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Physician's Name	Office Telephone	Fax	Email

Social Worker

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Social Worker's Name	Office Telephone	Fax	Email

Child Life Specialist

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Child Life Specialist's Name	Office Telephone	Fax	Email

Medical Release

All information will be kept confidential.

To grant your child's wish, we must contact his/her primary care physician to obtain information regarding his/her medical condition, which will enable us to serve your child to the best of our abilities. Please sign below to authorize your child's primary care physician to provide this information to **a Wish with Wings**. An "Authorization for Use/Disclosure of Protected Health Information" (HIPAA) form will be sent to you upon acceptance of said wish.

I/We authorize my/our child's primary care physician to provide **a Wish with Wings** the information necessary to grant my/our child's wish. I am the biological parent or legal guardian of with the authority to execute this authorization permitting **a Wish with Wings** to obtain the information requested in this Wish Request Form. I/We further release, indemnify and hold harmless **a Wish with Wings**, its volunteers, officers, agents and employees from any damages, claims, causes of action, losses or liabilities arising out of the activities of **a Wish with Wings** with our family.

Both parents / legal guardians must sign below and have their signatures witnessed.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Parent / Legal Guardian's Signature	Witness' Signature
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Parent / Legal Guardian's Signature	Witness' Signature

Signed this day of

Date

Month

Year

Physician's Statement and Authorization

All information will be kept confidential.

I am aware that [redacted] has requested a wish be granted by a Wish with Wings. This child is currently receiving treatment for a life-threatening condition, and he/she has a reduced likelihood of reaching adulthood because of that illness. I have read the information provided in the "Wish Information" section (request information from parent/guardian) and feel there will be no problem granting any of the wishes indicated, providing the following conditions are met. I understand this permission can be withdrawn at any time should the need arise and a Wish with Wings will be notified in the event withdrawal is necessary. I also understand this medical authorization is valid only for 90 days from the date below and written re-approval may be necessary after that date. If the child's request is a trip, he/she has my permission to travel by airplane to his/her destination.

[redacted] Physician's Signature [redacted] Date

[redacted] Medical Condition / Diagnosis [redacted] Date Diagnosed

[redacted] Current Physical Limitations

Medical Requirements (please check all that apply)

Oxygen (liters per minute) [redacted]
Wheelchair Assistance
Other (please specify) [redacted]

Dietary Requirements (please specify)

[redacted]

Other Requirements (please specify)

[redacted]

Physician Comments

[redacted]