



**RECOMENDACIÓN PARA UN DESEO**  
**Es necesario completar este formulario en su totalidad.**

**INFORMACIÓN SOBRE EL NIÑO(A) DEL DESEO**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento/edad: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F  
 Enfermedad del niño(a): \_\_\_\_\_ Idioma Primario: \_\_\_\_\_  
 Dirección Actual: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Numero y Calle Apartamento (Código Telefónico)  
 \_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Codigo Postal Condado País  
 Dirección Permanente (si es diferente de la actual) : \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN SOBRE EL DESEO**

¿El niño(a) puede articular su deseo?  Sí  No      ¿Si no, de que manera se comunica el niño(a)? \_\_\_\_\_  
 ¿El niño(a) tiene atrasos de desarrollo?  Sí  No  
 ¿Ambos padres tienen custodia legal?  Sí  No      Si no, copias de documentos de custodia legal serán solicitadas.  
 ¿Make-A-Wish Foundation o una organización semejante ha concedido o ha considerado su niño(a) alguna vez para un deseo?  Sí  No  
 ¿Es necesario completar este deseo inmediatamente?  Sí, por favor especifique urgencia de tiempo: \_\_\_\_\_  No  
 ¿El niño(a) está consciente de su enfermedad y que su condición amenaza su vida?  Sí  No

**INFORMACIÓN SOBRE LOS PADRES**

Padre/Tutor Legal: \_\_\_\_\_ Padre/Tutor Legal: \_\_\_\_\_  
 Madre  Padre  Otro \_\_\_\_\_  Madre  Padre  Otro \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
 Ciudad, Estado, Codigo Postal: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Codigo Postal: \_\_\_\_\_  
 Teléfono (casa): \_\_\_\_\_ Teléfono (casa): \_\_\_\_\_  
 Teléfono (trabajo): \_\_\_\_\_ Teléfono (trabajo): \_\_\_\_\_  
 Idioma Primario: \_\_\_\_\_ Idioma Primario: \_\_\_\_\_  
 Hermanos(as)/Edades: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN SOBRE EL MÉDICO**

Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Hospital/Lugar de tratamiento: \_\_\_\_\_  
 Teléfono (oficina): \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
Numero y Calle Ciudad Estado Codigo Postal

**PERSONA SOMETIENDO LA RECOMENDACIÓN**

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
(Código Telefónico) (Código Telefónico)  
 Relación al niño (indique uno):  Niño  Padre/Tutor  Médico  Trabajador(a) Social  Otro \_\_\_\_\_  
 ¿Como te enteraste de Make-A-Wish Foundation? \_\_\_\_\_

**COMENTARIOS:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

*For Office Use Only:*

Person taking referral: _____	Referral date: _____	Is the family aware of the referral? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Eligibility Confirmed <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Date: _____	If no, state the reason: _____
Wish Team: _____	; _____	; _____
Date Assigned: _____	Date Approved: _____	Date Completed: _____