



Formulario Para Menores que Participan en un Deseo de Viaje

Información Y autorización Para Menores que Acompañan al Niño/a de Deseo en un Deseo Que Involucran Viajar

Para: El(los) padre(s) o tutor(es) legal(es) de _____
[Nombre del participante menor]

DE: Fundación Make-A-Wish® de _____
[Nombre del capítulo]

Uno de nuestros niños de deseo, _____ ("Niño del Deseo"), ha solicitado que su hijo ("Hijo") participe en su deseo, que implicará viajar hacia y desde _____ el _____ 202__ (el "Deseo"). Para que su hijo participe en el Deseo, debe firmar nuestra "Exención de responsabilidad y autorización en relación con: Información médica y publicidad en nombre tanto de usted como de su hijo. Además, le pedimos que proporcione la siguiente información, que proporcionaremos a los padres/tutores legales de Niño del Deseo, en cuyo cuidado estará su hijo durante el Deseo:

Información de Contacto:

Su(s) nombre(s): _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ (casa) _____ (trabajo)
_____ (celular)

Dirección de correo electrónico: _____

¿El niño reside con ambos padres/tutores legales? _____ Sí _____ No

Si la respuesta es "No", proporcione el nombre/información de contacto de otro padre/tutor legal:

Proporcione el nombre y los números de teléfono de la persona a la que se contactará en caso de emergencia, y describa su relación con usted y/o el niño:





Información sobre el niño

Nombre completo del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Proporcione el nombre y el número de teléfono del médico principal del niño:

Enumere todos los medicamentos que el niño está tomando actualmente (con instrucciones específicas):

Enumere cualquier alergia que el niño tenga: _____

¿Algún otro problema de salud específico? _____

Información sobre el seguro médico

Nombre del Asegurado: _____

Proveedor de seguro de salud: _____

[Teléfono] _____ Nombre/número del grupo: _____

[Adjunte una copia de la tarjeta del seguro u otro comprobante de seguro.]

Autorización para el tratamiento médico

El abajo firmante, padre(s) o tutor(es) legal(es) _____ de ("Hijo"), por la presente autoriza _____ a obtener y dar su consentimiento para cualquier tratamiento o procedimiento médico para nuestro Hijo en caso de que surja la necesidad de dichos servicios mientras se encuentren en el Estado _____ durante el período hasta _____, 202____.

[Firma del padre/tutor legal del niño]

[Firma del padre/tutor legal del niño]

Fecha

Fecha

Las firmas anteriores fueron presenciadas por:

[Firma del Testigo #1]

[Firma del Testigo #2]

JURADO y SUSCRITO ante mí el _____ día de _____, 202____.

Notario Público

