



Formulario para la Familia del Deseo

Nombre del Niño/a del Deseo: _____
Nombre Segundo Nombre Apellido

Contacto de emergencia para adultos no participantes

En caso de una emergencia, proporcione la siguiente información para un adulto que no participará en la experiencia del deseo.

Nombre del contacto de emergencia: _____

Número de teléfono de contacto de emergencia: (____) _____

Correo electrónico de contacto de emergencia: _____

Contacto de emergencia Relación con el Niño/a del Deseo

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Niño | <input type="checkbox"/> Medio hermano | <input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja |
| <input type="checkbox"/> Padre adoptivo | <input type="checkbox"/> Enfermera/Cuidador | <input type="checkbox"/> Padrastro |
| <input type="checkbox"/> Hermano adoptivo | <input type="checkbox"/> Tutor | <input type="checkbox"/> Hermanastro |
| <input type="checkbox"/> Amigo | <input type="checkbox"/> Relativo | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Abuelo | <input type="checkbox"/> Hermano | |

Participantes de deseos solicitados

Complete esta información para cada participante solicitado.

Nombre legal completo: _____
Nombre Segundo Nombre Apellido

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono preferido: (____) _____ Tipo de teléfono preferido: Hogar Trabajo Móvil

Correo electrónico: _____ Fecha de nacimiento: _____

Tutor legal del Niño/a del Deseo: Sí No Reside con el Niño/a del Deseo: Sí No

¿Se requiere equipo médico o adaptaciones especiales? Sí No

Relación con el Niño/a del Deseo:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Niño | <input type="checkbox"/> Medio hermano | <input type="checkbox"/> Hermano |
| <input type="checkbox"/> Padre adoptivo | <input type="checkbox"/> Intérprete | <input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja |
| <input type="checkbox"/> Hermano adoptivo | <input type="checkbox"/> Enfermera/Cuidador | <input type="checkbox"/> Padrastro |
| <input type="checkbox"/> Amigo | <input type="checkbox"/> Tutor | <input type="checkbox"/> Hermanastro |
| <input type="checkbox"/> Abuelo | <input type="checkbox"/> Relativo | <input type="checkbox"/> Otro |



Se pueden hacer copias adicionales de esta página para capturar a todos los participantes solicitados.

Nombre legal completo: _____
Nombre *Segundo Nombre* *Apellido*

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono preferido: (____) _____ Tipo de teléfono preferido: Hogar Trabajo Móvil

Correo electrónico: _____ Fecha de nacimiento: _____

Tutor legal del Niño/a del Deseo: Sí No Reside con el Niño/a del Deseo: Sí No

¿Se requiere equipo médico o adaptaciones especiales? Sí No

Relación con el Niño/a del Deseo:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Niño | <input type="checkbox"/> Medio hermano | <input type="checkbox"/> Hermano |
| <input type="checkbox"/> Padre adoptivo | <input type="checkbox"/> Intérprete | <input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja |
| <input type="checkbox"/> Hermano adoptivo | <input type="checkbox"/> Enfermera/Cuidador | <input type="checkbox"/> Padrastro |
| <input type="checkbox"/> Amigo | <input type="checkbox"/> Tutor | <input type="checkbox"/> Hermanastro |
| <input type="checkbox"/> Abuelo | <input type="checkbox"/> Relativo | <input type="checkbox"/> Otro |

Nombre legal completo: _____
Nombre *Segundo Nombre* *Apellido*

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono preferido: (____) _____ Tipo de teléfono preferido: Hogar Trabajo Móvil

Correo electrónico: _____ Fecha de nacimiento: _____

Tutor legal del Niño/a del Deseo: Sí No Reside con el Niño/a del Deseo: Sí No

¿Se requiere equipo médico o adaptaciones especiales? Sí No

Relación con el Niño/a del Deseo:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Niño | <input type="checkbox"/> Medio hermano | <input type="checkbox"/> Hermano |
| <input type="checkbox"/> Padre adoptivo | <input type="checkbox"/> Intérprete | <input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja |
| <input type="checkbox"/> Hermano adoptivo | <input type="checkbox"/> Enfermera/Cuidador | <input type="checkbox"/> Padrastro |
| <input type="checkbox"/> Amigo | <input type="checkbox"/> Tutor | <input type="checkbox"/> Hermanastro |
| <input type="checkbox"/> Abuelo | <input type="checkbox"/> Relativo | <input type="checkbox"/> Otro |



Se pueden hacer copias adicionales de esta página para capturar a todos los participantes solicitados.

Nombre legal completo: _____
Nombre *Segundo Nombre* *Apellido*

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono preferido: (____) _____ Tipo de teléfono preferido: Hogar Trabajo Móvil

Correo electrónico: _____ Fecha de nacimiento: _____

Tutor legal del Niño/a del Deseo: Sí No Reside con el Niño/a del Deseo: Sí No

¿Se requiere equipo médico o adaptaciones especiales? Sí No

Relación con el Niño/a del Deseo:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Niño | <input type="checkbox"/> Medio hermano | <input type="checkbox"/> Hermano |
| <input type="checkbox"/> Padre adoptivo | <input type="checkbox"/> Intérprete | <input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja |
| <input type="checkbox"/> Hermano adoptivo | <input type="checkbox"/> Enfermera/Cuidador | <input type="checkbox"/> Padrastro |
| <input type="checkbox"/> Amigo | <input type="checkbox"/> Tutor | <input type="checkbox"/> Hermanastro |
| <input type="checkbox"/> Abuelo | <input type="checkbox"/> Relativo | <input type="checkbox"/> Otro |

Nombre legal completo: _____
Nombre *Segundo Nombre* *Apellido*

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono preferido: (____) _____ Tipo de teléfono preferido: Hogar Trabajo Móvil

Correo electrónico: _____ Fecha de nacimiento: _____

Tutor legal del Niño/a del Deseo: Sí No Reside con el Niño/a del Deseo: Sí No

¿Se requiere equipo médico o adaptaciones especiales? Sí No

Relación con el Niño/a del Deseo:

- | | | |
|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Niño | <input type="checkbox"/> Intérprete | <input type="checkbox"/> Padrastro |
| <input type="checkbox"/> Padre adoptivo | <input type="checkbox"/> Enfermera/Cuidador | <input type="checkbox"/> Hermanastro |
| <input type="checkbox"/> Hermano adoptivo | <input type="checkbox"/> Tutor | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Amigo | <input type="checkbox"/> Relativo | |
| <input type="checkbox"/> Abuelo | <input type="checkbox"/> Hermano | |
| <input type="checkbox"/> Medio hermano | <input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja | |