



## Información Básica

Los siguientes son los formularios necesarios para organizar un vuelo para su familia  
**Nuevos formularios en blanco deben ser completados para cada nueva solicitud de vuelo.**

**Es su responsabilidad asegurarse de que todas las formas estén terminadas y RECIBIDAS EN NUESTRA OFICINA 10 DIAS HABILES ANTES DE LA FECHA DE SALIDA REQUERIDA PARA RECIBIR ASISTENCIA.**

- **Solicitud de Vuelo (FORMA A):**  
El formulario debe ser completado en su totalidad. No deje ningún espacio en blanco. Asegúrese de incluir la fecha exacta y hora(s) de la(s) cita(s), la duración de la estancia, y los aeropuertos de origen y de destino. Proporcionar alternativas de aeropuertos y tratar de ser flexibles con su solicitud.
- **Renuncia de Responsabilidad (FORMA B):**  
El formulario deberá ser firmado por todos los pasajeros antes del vuelo. Los infantes, niños y aquellos que no pueden firmar su propio nombre deben tener un padre/madre/ guardián hacerlo en su nombre. Documento nombres completos tal y como se muestra en una identificación emitida por el gobierno.
- **Certificación de Ingresos (FORMA C):**  
El formulario deberá ser actualizado con cada solicitud de vuelo e incluir **todo el ingreso anual bruto** de todas las fuentes combinadas. Una copia de la primera página de la versión más actual de la forma 1040 de impuestos federales y/o declaraciones de SSI, SSDI también deben presentarse.
- **Carta de Referencia y Certificación Médica (FORMA D):**  
Debe ser completado por el médico local del paciente MD, DO o PA-C e impreso en su membrete. Este formulario debe estar fechado y firmado no mas de 60 días antes de la primera cita del paciente.
- **Confirmación de Cita Médica (FORMA E):**  
Debe ser completado por el médico de tratamiento del paciente, MD, DO o PA-C e impreso en su membrete. Este formulario debe estar fechado y firmado no mas de 60 días antes de la primera cita del paciente.
- **Fotografía actual del paciente y una breve descripción de la necesidad médica son necesarios.**  
Estos deben ser recibidas con los otros documentos requeridos para ser considerados para un vuelo. Enviar por correo electrónico a [flightspecialist@miracleflights.org](mailto:flightspecialist@miracleflights.org).
- **Certificado de Nacimiento del Paciente.**  
Esto es necesario para los pacientes menores de 18 años solamente.

Miracle Flights tendrán en cuenta las solicitudes para volar a un niño, de 17 años de edad y más jóvenes y, cuando sea posible, ambos padres o guardianes legales. Un paciente adulto, de 18 años de edad o más, podrá estar acompañado por un cuidador, siempre que exista una necesidad médica para el paciente para viajar con un cuidador, y el motivo de la necesidad médica es documentado por el sitio local o tratamiento médico, o ambos.

**Su vuelo no se programará hasta que todos los documentos finalizados sean recibidos. Es responsabilidad de los padres para garantizar que todos los documentos sean recibidas dentro del plazo establecido. Si usted tiene alguna pregunta, por favor llame Miracle Flights al 702-261-0494 o 800-359-1711.**



# Solicitud de Vuelo

5740 S. Eastern Avenue, Suite 240

Las Vegas, NV 89119

Teléfono (702) 261-0494 / 800-359-1711 → Fax (702) 261-0497

www.miracleflights.org

**Forma A**

**Información del Paciente** **Todos los documentos tienen que ser recibidos 10 días hábiles antes del vuelo de salida.**

**Por favor, imprima o escriba - Toda la información deberá ser proporcionada**

Fecha	Apellido	Nombre	Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo
Dirección		Ciudad	Estado	Código Postal	
Teléfono de casa ( )	Teléfono de trabajo ( )	Teléfono de celular ( )	Dirección de correo electrónico		

### Información de los padres o el guardián legal

Nombre	Dirección	Número de teléfono ( )	Relación al paciente
Nombre	Dirección	Número de teléfono ( )	Relación al paciente

### Información del Médico (MD, DO, o PA-C)

Nombre del médico local	Número de teléfono ( )	Número de fax ( )
Dirección del médico local		
Nombre del médico de tratamiento	Número de teléfono ( )	Número de fax ( )
Nombre de la instalación de tratamiento	Dirección de la instalación de tratamiento	

### Condición médica:

Diagnóstico	Tipo de tratamiento
-------------	---------------------

¿Cómo Se Entero de Nosotros?  Médico Local  Médico de Tratamiento  Trabajador Social  Internet  
 Otra familia de MF  Utilizado Anteriormente  Representante al la Comunidad de Miracle Flights  
 Otro (especificar origen): \_\_\_\_\_

Tipo de solicitud:  Vuelo Médico  Adiestramiento de Perros de Servicio

### Importante Información de Vuelo: LEA ATENTAMENTE Y FIRME

**\* Los vuelos no pueden ser organizados sin esta firma \***

Yo, \_\_\_\_\_ (padre, madre o guardián legal), soy consciente de que los vuelos comerciales gratuitos organizados por Miracle Flights son donados y por lo tanto pueden ocurrir durante las horas punta y pueden incluir paradas y/o cambios de avión. También entiendo que los vuelos sólo pueden ser coordinados de acuerdo a las siguientes guías de Miracle Flights:

**Niños Menores de 17 años:** Miracle Flights considerará las solicitudes para volar el niño y sus padres/guardián legal.

**Adulto de 18 años o más:** Miracle Flights considerará las solicitudes para volar un paciente adulto, y los adultos que lo cuidan se considerará caso por caso, dependerá de la financiación disponible.

**Estoy consciente de que cualquier otra persona que me acompañe son responsables de sus propios arreglos de vuelo, y entiendo que estos vuelos pueden o no ser compatibles con el vuelo organizado por Miracle Flights.**

Firmado \_\_\_\_\_ en esta fecha \_\_\_\_\_, 2019.

Nombre(s) de la(s) persona(s) que acompañará al paciente:	Dirección	Número de teléfono ( )
Aeropuerto de origen	Aeropuerto alterno	Aeropuerto de destino
Fecha de salida (1 día antes de la primera cita)	Todas las citas/Fechas de recuperación	La fecha de regreso (1 día siguiente a la última cita/fecha de recuperación)

Requisitos especiales (oxígeno / (S o N) (silla de ruedas / llevando propia / S o N - solicitar en el aeropuerto / S o N)



## Renuncia de Responsabilidad

**Forma B**

Todos los pasajeros deben firmar la renuncia de responsabilidad.  
**LAS RENUNCIAS DEBEN ESTAR EN EL ARCHIVO ANTES DE COORDINAR LOS VUELOS.**

En consideración de asistencia financiera para el transporte aéreo sin costo alguno y únicamente para mi/nuestro beneficio, yo/nosotros, los abajo firmantes, liberamos a Miracle Flights, organización sin fines de lucros y las líneas aéreas comerciales plenamente y sin reservas de todas y cada reclamo alguno de culpabilidad y la responsabilidad por cualquier hecho accidental que puede resultar en lesiones personales o daños a la propiedad u otro efecto, durante todas las veces que soy/somos pasajeros en el acto de embarque, mientras que a bordo o en el acto de desembarque de una aeronave proporcionada por Miracle Flights y las líneas aéreas comerciales:

Por otra parte, yo/nosotros de manera inequívocamente renuncio y niego, para mí/nosotros mismos y todos mis/ nuestros cesionarios, cualquier y todos los derechos para perseguir cualquier acción contra Miracle Flights para cualquier acción o falta de acción ejecutados por ellas de buena fe. \_\_\_\_\_  
(Iniciales)

Yo autorizo a Miracle Flights a utilizar fotografías, reproducciones, cintas de vídeo, grabaciones, o aprobación de/por mí y/o mi hijo/a para publicidad otros propósitos. \_\_\_\_\_  
(Iniciales)

También es mi responsabilidad que médico del paciente notifique a las oficinas de Miracle Flights cualquier cambio en la condición médica del paciente. \_\_\_\_\_  
(Iniciales)

**\*Escriba todos los nombres, como se muestran en la identificación emitida por el gobierno \***

\_\_\_\_\_  
Imprima Nombre del Paciente (como se muestra en la identificación emitida por el gobierno)

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento del Paciente (MM/DD/AA)

\_\_\_\_\_  
Sexo (M/F)

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente (si es menor, por el padre/madre/ guardian)

\_\_\_\_\_  
Fecha Firmada

\_\_\_\_\_  
Imprima el Nombre de Padre/cuidador (como se muestra en la identificación emitida por el gobierno)

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento del Padre/cuidador (MM/DD/AA)

\_\_\_\_\_  
Sexo (M/F)

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/ guardián

\_\_\_\_\_  
Relación al paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha Firmada

\_\_\_\_\_  
Imprima el Nombre de Padre/cuidador (como se muestra en la identificación emitida por el gobierno)

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento del Padre/cuidador (MM/DD/AA)

\_\_\_\_\_  
Sexo (M/F)

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/ guardián

\_\_\_\_\_  
Relación al paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha Firmada

La siguiente información será utilizada en la presentación de estadísticas demográficas a diversas fundaciones y agencias de **gobierno y no será utilizado para determinar quién es elegible para recibir nuestros servicios**. En el caso de que un niño (prenatal hasta los 17 años de edad) este siendo transportado, el estado civil/otras categorías aplicables a los padres o guardianes.

**IDENTIDAD ETNICA DEL PACIENTE:**

- Caucásico      Asiático  
Afroamericano      Asiático / Islas del Pacífico  
Hispano      Indios Americanos / Nativos de Alaska  
Otro

**ESTADO CIVIL DEL PACIENTE:**

- Soltero/a      Divorciado/a  
Casado/a      Viudo/a      Niño

**MIRACLE FLIGHTS**

5740 S. Eastern Avenue, Suite 240, Las Vegas, NV 89119 - Tel. (702) 261-0494 / 800-359-1711 Fax (702) 261-0497  
www.miracleflights.org



**Forma C**

**Certificación de Ingresos**

**Este formulario debe ser presentado a Miracle Flights antes de la emisión de boletos.**

**Declaraciones o representaciones fraudulentas se considerará causa suficiente para la denegación de servicio.**

Yo, \_\_\_\_\_ (imprima nombre) entiendo que la asistencia financiera para los boletos aéreos son proporcionados por Miracle Flights y certifico que nuestros ingresos de familia/hogar bruto total de todas las fuentes de ingresos son \$ \_\_\_\_\_ **por año** y el tamaño de mi hogar son \_\_\_\_\_ personas.

**La elegibilidad sera determinado por el tamaño del hogar y el ingreso total.**

**\*DEBEN PROPORCIONAR COMPROBANTES DE INGRESOS (Forma 1040 de impuestos federales, comprobante de SSI y/o declaraciones de SSDI, manutención de los hijos).**

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Empleador / otra fuente de ingresos (SSI, SSDI, manutención de los hijos, etc.) \_\_\_\_\_

**SERVICIO MILITAR (marque uno):**     N/A                       ACTIVO                       VETERANO  
**SERVICIO MILITAR (marque uno):**     PACIENTE                       MADRE                       PADRE                       PAREJA

Yo, \_\_\_\_\_ (imprimir nombre), entiendo que los boletos de avión se proporcionan sin costo alguno para mí o para mi familia por Miracle Flights. Por lo tanto, cualquier cambio o cancelación no pre-aprobados por Miracle Flights es mi responsabilidad financiera, y mi tarjeta de crédito/débito será cargada.

**Marque uno:                      MasterCard    Visa    American Express    Discover**

\_\_\_\_\_ (Numero de Tarjeta)                      \_\_\_\_\_ (Fecha de Vencimiento)                      \_\_\_\_\_ (Código digital CVV2)

**X** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
(Firma del titular de la tarjeta)

***Miracle Flights se reserva el derecho a modificar la política en circunstancias excepcionales***

**\*\*Penalidad por declaración falsa o fraudulenta: USC Título 18 , Sec . 1001 establece: "el quien, en cualquier asunto dentro de la jurisdicción de cualquier departamento o agencia de los Estados Unidos, intencionalmente sabe y voluntariamente falsifica o hace declaraciones o representación falsa, ficticia o fraudulenta o presenta o utiliza un escrito o documentación falso sabiendo que el mismo contenga cualquier declaración o entrada falsa, ficticia o fraudulenta, será multado no más de \$10,000 o encarcelado por no más de cinco años, o ambas cosas."**

**Con mis iniciales en el espacio siguiente reconozco que he leído y entendido lo anterior: \_\_\_\_\_**

**Miracle Flights Carta Médica de Referencia y Certificación**

*(Debe ser completado por MEDICO LOCAL en su membrete) Carta no puede ser  
fechado ni firmado más de 60 días antes de la primera fecha de la cita.*

Date: \_\_\_\_\_

I do hereby certify that my patient, \_\_\_\_\_, is  
medically/mentally stable and can be safely transported on a commercial aircraft to see:

Treating Physician: \_\_\_\_\_

Treatment Facility: \_\_\_\_\_

Medical Diagnosis/Condition: \_\_\_\_\_

Type of Treatment: \_\_\_\_\_

- I will inform **MIRACLE FLIGHTS** of any change in this patient's medical stability status.
- I further certify that the above mentioned patient does not pose a health risk from any communicable diseases.

All Appointment Date(s): \_\_\_\_\_  
*(Please document all appointment dates, dates through which recovery is required, and discharge date.)*

Return Date: \_\_\_\_\_ *(day following final appointment or discharge date)*

If an adult patient, is a caregiver required for medical reasons?    \_\_\_\_\_ Yes    \_\_\_\_\_ No

Medical Reason for Caregiver: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Is Oxygen Required? \_\_\_\_\_ Yes    \_\_\_\_\_ No    *(If Yes, please complete information below)*

Rate of Flow: \_\_\_\_\_    How administered: \_\_\_\_\_

Oxygen Requirement:    \_\_\_\_\_ During all phases of flight  
   \_\_\_\_\_ Taxiing  
   \_\_\_\_\_ Take-off  
   \_\_\_\_\_ Landing

Name brand of oxygen concentrator: \_\_\_\_\_  
*(Patient must provide concentrator and oxygen for flight.)*

\_\_\_\_\_  
*(Signature)*  
\_\_\_\_\_  
*(Typed M.D., D.O., OR PA-C name and credentials)*

**\*Please Note: An RN, LPN, or LCSW may sign on behalf of the referring M.D., D.O., or PA-C as long as the signature block bears the name and credentials of the M.D., D.O., or PA-C.**

**Miracle Flights Confirmación de Cita Médica**

*(Debe ser completado por el MEDICO DE TRATAMIENTO, en su membrete)  
Carta no puede ser fechado ni firmado más de 60 días antes de la primera  
fecha de la cita.*

Date: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, is scheduled for treatment by:  
*(Name of patient)*

Treating Physician(s): \_\_\_\_\_

Treatment Facility: \_\_\_\_\_

Medical Diagnosis/Condition: \_\_\_\_\_

Type of Treatment: \_\_\_\_\_

All Appointment Date(s): \_\_\_\_\_  
*(Please document all appointment dates, dates through which recovery is required, and discharge date.)*

Return Date: \_\_\_\_\_ *(day following final appointment or discharge date)*

If an adult patient, is a caregiver required for medical reasons? \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No

Medical Reason for Caregiver: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Is Oxygen Required? \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No *(If Yes, please complete information below)*

Rate of Flow: \_\_\_\_\_ How administered: \_\_\_\_\_

Oxygen Requirement: \_\_\_\_\_ During all phases of flight  
\_\_\_\_\_ Taxiing  
\_\_\_\_\_ Take-off  
\_\_\_\_\_ Landing

Name brand of oxygen concentrator: \_\_\_\_\_  
*(Patient must provide concentrator and oxygen for flight.)*

\_\_\_\_\_  
*(Signature)*  
\_\_\_\_\_  
*(Typed M.D., D.O., OR PA-C name and credentials)*

**\*Please Note: An RN, LPN, or LCSW may sign on behalf of the referring M.D., D.O., or PA-C as long as the signature block bears the name and credentials of the M.D., D.O., or PA-C.**

# EJEMPLO

## HISTORIA DE NATHAN

Nuestro hijo, Nathan, era presumiblemente sano al nacer, pero nuestra hipótesis fue cambiada un par de semanas más tarde, cuando fue admitido en el hospital por síntomas de insuficiencia respiratoria y posteriormente diagnosticado con hipotonía (bajo tono muscular). Fueron largos meses, mientras que numerosos sub-especialistas de Nathan trataron de encajar las piezas de su creciente lista de síntomas y averiguar lo que estaba sucediendo en su pequeño cuerpo.



Justo antes de que Nathan cumpliera 1, fue diagnosticado con la enfermedad Mitocondrial a través de extensas pruebas en su músculo que había sido previamente una biopsia. En la actualidad sufre de anomalías y problemas en numerosos sistemas de órganos en su cuerpo. Aunque actualmente no existe cura o tratamiento definido para la enfermedad Mitocondrial, hemos encontrado un neurólogo increíble que se especializa en esta enfermedad y ha establecido una clínica de Mitocondrial en Houston, TX. Como muchos médicos no conocen la más reciente información siempre cambiante y tratamientos para niños con Mito, ha sido muy útil e importante tener el cuidado de Nathan supervisado por los médicos en la clínica Mitocondrial en Houston.

Estamos muy agradecidos con Miracle Flights por ayudar a las familias con transporte en todo el país para recibir la atención necesaria para sus hijos. Al tener un niño con una enfermedad crónica con el tiempo las facturas médicas, las listas de medicamentos, y gastos de viaje pueden sumar de forma exponencial. Gracias, Miracle Flights, por aliviar esta carga.

**Miracle Flights dio asistencia financiera para Nathan para volar a Texas para el tratamiento.**

***A medida que crece, Nathan necesitará muchos más vuelos.  
Por favor, ayuda...Nathan . Haz una donación hoy!***

