

INFORMACION PERSONAL : POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA IMPRENTA Y RESPONDA TODAS LAS PREGUNTAS

Título (circ.) Sr. Sra. Srta. Dr. **Nombres:** _____ **Apellidos:** _____
Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Masculino Femenino
Dirección: Calle: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
No. de Licencia de conducir: _____ Dirección de e-mail: _____
Teléfono casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Nombre de su Empleador: _____ **Número de Teléfono:** _____
Dirección: Calle: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Información del **Cónyuge** / **Padre** / **Madre**
Título (circ.) Sr. Sra. Srta. Dr. **Nombres** _____ **Apellidos:** _____
Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ No. de Licencia de conducir: _____
Dirección: Calle: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Dirección de e-mail: _____
Teléfono casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Nombre de su Empleador: _____ **Número de Teléfono:** _____
Dirección: Calle: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Información de la persona que lo refirió: _____ ¿Como supo de nuestra oficina? (Nombre/Dirección): _____

Dentista:	_____	Dirección:	Calle: _____	_____	Telef.:	_____
			Ciudad: _____	Estado: _____		Código Postal: _____
Médico (MD)	_____	Dirección:	Calle: _____	_____	Telef.:	_____
			Ciudad: _____	Estado: _____		Código Postal: _____

En caso de emergencia, llamar: (Nombre y Relación): _____
Dirección: Calle: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____

Información de su Seguro Dental: **Nombre del Plan:** _____
Nombre del Titular de la Póliza: _____ **Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza:** _____
Dirección del Plan: Calle: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
No. de Teléfono: _____ **Seguro social o No. de identificación:** _____

Información de su Seguro Medico: **Nombre del Plan:** _____
Nombre del Titular de la Póliza: _____ **Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza:** _____
Dirección del Plan: Calle: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
No. de Teléfono: _____ **Seguro social o No. de identificación:** _____

Información de su Seguro Secundario **Nombre del Plan y No. de ident.:** _____

ACIDENTES O LESIONES DE TRABAJO SOLAMENTE: Fecha del Accidente: _____ Abogado: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ No. Teléfono: _____	WORKMAN'S COMP <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Caso Número: _____ Nombre de la Póliza: _____ Encargado de su Caso: _____ No. Teléfono: _____
--	---

COMO VA A PAGAR SU CUENTA HOY?: VISA; MASTERCARD; DISCOVER; CARE CREDIT; EFECTIVO; OTRA FORMA

CARGOS RELACIONADOS CON EL CONTROL DE INFECCION: PACIENTES QUE VAN A TENER CIRUGIA TENDRAN UN CARGO DE \$50.00 PARA CUBRIR LOS COSTOS DE MATERIALES DESECHABLES Y REMOCION DE MATERIAL INFECCIOSO.

YO, _____, RECONOZCO Y ACEPTO QUE SOY RESPONSABLE POR EL COSTO DE SERVICIOS PRESTADOS. OBTENER EL PAGO POR LA COBERTURA DEL SEGURO SERA MI RESPONSABILIDAD DE OBTENER. SE ME PROPORCIONARÁ UN RECIBO CON LOS COSTOS INCURRIDOS. SI NO ESTOY DE ACUERDO CON EL BALANCE DEBO NOTIFICAR LA OFICINA, POR ESCRITO DENTRO DE LOS CINCO DÍAS DE OBTENER EL RECIBO. SI MI CUENTA NO SE PAGA, ACEPTO SER ÚNICAMENTE RESPONSABLE DE TODOS LOS CARGOS DE RE-FACTURACIÓN, INTERESES DEL SALDO Y COBRO POR ESTATUTO DEL 10%, POR COSTOS DE RECAUDACIÓN, COSTOS DE CORTE Y HONORARIOS DEL ABOGADO. SI MI CHEQUE ES DEVUELTO POR CUALQUIER MOTIVO, ACEPTO PAGAR EL SALDO COMPLETO MÁS EL CARGO POR SERVICIOS DEL BANCO EN EL PLAZO DE 10 DÍAS DE RECIBO DEL AVISO.

Firma: _____ **Testigo:** _____ **Fecha:** _____

HISTORIA MEDICA: (RESPONDA A TODAS LAS PREGUNTAS Y FIRME ABAJO)

Enumere sus alergias a medicinas o comidas:

¿Es usted alérgico al Látex?: Sí No

¿Está Tomando alguna medicinas? Sí No, Si es así, escríbalas:

¿Tiene usted algún problemas médico? Sí No, Si es así, escríbalos:

¿Ha tenido alguna cirugía? Sí No, Si es así, escríbalas:

En sus propias palabras, ¿Cual es el principal motivo de su visita hoy?:

FH: Hay en su Familia alguna historia de: (Favor circule): Diabetes, Hipertensión, Cáncer, derrame cerebral, Asma, Tuberculosis, Enfermedades del Corazón, complicaciones con la anestesia, Enfermedades Psiquiátricas, Problemas de sangrado excesivo.

ROS: Ha tenido usted (Favor circule): Cambios recientes de peso o apetito, dolor de cabeza, migrañas, visión borrosa o doble, Fotofobia, tinitus, sangrado nasal sin explicación, fracturas nasales, dolor de garganta, disfagia, masas en el cuello, dolor o tortícolis, Tos crónica, hemoptisis, angina, palpitaciones, diarrea, nausea o vomito. Alguna historia de anestesia o parestesia.

(Por Favor Marque)

¿Usted Fuma? Sí No ¿Cuanto?

¿Usa usted drogas ilegales o recreacionales? Sí No

¿Está usted embarazada? Sí No ¿Si es así, en que mes?

¿Tiene usted testamento? Sí No

¿Tiene una orden de **NO RESUCITAR (DNR)** Sí No

¿Tiene usted fiebre o temperatura alta anormal? Sí No

¿Tiene usted tos seca? Sí No

¿Sufre usted de sinusitis? Sí No

¿Tiene usted congestión nasal? Sí No

¿Ha perdido o se le ha disminuido recientemente el sentido del olfato? Sí No

¿Ha tenido dolor de garganta? Sí No

¿Ha estado en contacto con alguien que haya salido positivo al COVID-19? Sí No

¿Ha salido usted positivo al COVID-19? Sí No

¿Se ha hecho el examen por el COVID-19 y esta esperando por los resultados? Sí No

¿Ha viajado fuera de los Estados Unidos por aire o en crucero, los últimos 14 días? Sí No

¿Ha viajado dentro de los Estados Unidos por avión, bus o tren, los últimos 14 días? Sí No

¿Tiene Problemas del Corazón? Sí No

¿Sufre de soplos del corazón? Sí No

¿Tiene usted una válvula cardiaca artificial? Sí No

¿Sufre de angina? Sí No

Si es así, ¿Tiene nitroglicerina con usted?: Sí No

¿Ha tenido usted un derrame cerebral? Sí No

¿Está usted tomando anticoagulantes? Sí No

Si es así, ¿Cuál?

¿Está usted tomando aspirinas? Sí No ¿Cuántas al día?

Si es así, ¿en que parte de su cuerpo?:

¿Tiene usted marcapasos o desfibrilador implantado? Sí No

¿Ha tenido usted tuberculosis? Sí No

¿Tiene usted artritis? Sí No

¿Tiene usted problemas renales? Sí No

¿Le han removido algún riñón? Sí No

¿Está usted en diálisis? Sí No

¿Toma bebidas alcohólicas? Sí No ¿Cuanto?

¿Ha tomado medicinas para dieta en los pasados 5 años? Sí No ¿Si es así, cuál?:

¿Ha tenido alguna vez una complicación con la anestesia? Sí No

¿Sufre usted de apnea del sueño? Sí No

¿Ha estado hospitalizado en los últimos tres años? explique Sí No

¿Sufre de presión arterial alta? Sí No

¿Está su sistema inmune debilitado? Sí No

¿Ha tenido alguna vez una transfusión de sangre? Sí No

¿Es usted positivo al VIH? Sí No

¿Tiene usted problemas de sangrado? Sí No

¿Tiene usted diabetes? Sí No

¿Tiene usted asma, bronquitis dificultad para respirar? Sí No

¿Tiene usted algún desorden de la glándula tiroides? Sí No

¿Tiene usted anemia? Sí No

¿Ha tenido usted hepatitis? Sí No

En los últimos dos años, ¿tomo o está tomando esteroides? Sí No

¿Tiene usted osteoporosis? Sí No

¿Tomo, está tomando o le van a dar biphosphonatos orales? Sí No

Alendronate (Fosamax, Binosto) Ibandronate (Boniva)

Bidronate, Etidronate (Didronel) Risedronate (Actonel, Atelvia)

Tiludronate (Skelid) Or any other drugs

¿Ha tenido cáncer o diagnosticado con un tumor? Sí No

Si es así, ¿dónde?

¿Ha recibido usted terapia con radiación? Sí No

Si es así, ¿en que parte de su cuerpo?:

¿Ha recibido usted quimioterapia? Sí No

Si es así, ¿qué medicina fue usada?:

¿Tomo, está tomando o le van a dar biphosphonatos IV? Sí No

Pamidronate (Aredia) Zoledronic Acid (Reclast)

Clodronate (Bonafos) Zoledronic Acid (Zometa)

Or any other drugs

¿Ha tenido alguna vez problemas psiquiátricos? Sí No

¿Tiene enfermedades de la articulación temporomandibular? Sí No

¿Su articulación temporomandibular salta o craquea? Sí No

Si es así, ¿en qué lado?: Derecho Izquierdo Ambos

YO HE LEIDO ESTA FORMA EN SU TOTALIDAD Y HE RESPONDIDO TODAS LAS PREGUNTAS EN LA MEJOR FORMA POSIBLE. AL FIRMAR ESTE DOCUMENTO, YO ESTOY DE ACUERDO EN QUE NO HE ESTADO TOMANDO NINGUNA MEDICACIÓN QUE ALTEREN MI ESTADO MENTAL.

Firma: Testigo: Fecha: Revisado por el Dr.

PARA USO OFICIAL SOLAMENTE

VS: BP HR Height Weight SaO2 T°

ORAL FACIAL RECONSTRUCTION AND IMPLANT CENTER
PREVIO AVISO CON RESPECTO A LA ANESTESIA

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Fecha actual: _____

Este formulario es para informarle que para su mayor comodidad nuestras instalaciones ofrecen sedación adicional a la anestesia local y al firmar este formulario no se comprometiendo a nada. Sólo está reconociendo que fue informado de antemano y comprende los términos.

Entiendo perfectamente que si elijo a recibir ya sea Sedación intravenosa o con óxido nitroso, **no** es considerado médicamente necesario y se va a administrar únicamente por comodidad. También entiendo y acepto que mi compañía de seguros puede que no cubra el servicio administrado. También entiendo que cualquier saldo restante una vez el seguro haya pagado, será mi plena responsabilidad por el hecho de que la anestesia no se considera médicamente necesaria.

Además, entiendo que el Oral Facial Reconstruction and Implant Center esperan pago completo por adelantado por la anestesia y no aceptará ninguna reducción en el costo dado por mi compañía de seguros.

Soy consciente que se requiere un depósito de \$50.00 para programar y mantener una cita para la sedación IV. También entiendo que este depósito no es reembolsable si la cita no se cancelada o reprogramar al menos con 24 horas de antelación.

FIRMA DEL PACIENTE O DEL TUTOR

NOMBRE IMPRESO

FECHA

CENTRO DE IMPLANTES Y RECONSTRUCCIÓN FACIAL ORAL
AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ **FECHA:** _____

I solicito y autorizo a los doctores del Oral Facial Reconstruction and Implant Center para dar información de salud del paciente mencionado anteriormente a:

Nombre del Familiar / Otro: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado: _____ **Código postal:** _____

Esta solicitud y la autorización se aplica a información de salud relacionados con el siguiente tratamiento, condición o fechas de tratamiento:

- _____ Toda la información de salud
- _____ Otros: _____

ESTA AUTORIZACIÓN EXPIRA EL _____ o _____ DÍAS DESPUÉS DE LA FECHA QUE SE FIRMO; O CUANDO SE PRODUZCA EL SIGUIENTE EVENTO:

Puedo cancelar esta autorización en la medida permitida por la ley. Si lo hago, entiendo que el doctor o la práctica pueden ya haber liberado información sobre mí después de haber dado el permiso. Sé que cancelar esta autorización no prohibiría la divulgación de información por el doctor o la práctica en relación con mi autorización original.

Hay dos maneras de cancelar este acuerdo. Yo puedo:

- Firmar y fechar un formulario disponible en o la práctica o por el doctor llamada "Revocación de la Autorización de Uso y Divulgación de Información de Cuidado de la Salud " o
- Escribir una carta a el doctor o la práctica. Si escribo una carta, debe decir que deseo cancelar mi autorización a divulgar mi información de salud. La carta debe incluir el nombre u otra identificación específica de las persona(s) que ya no deseo que reciban información. Yo (o mi representante autorizado) debo firmar y fechar la carta.

Una vez mi doctor de la información que quiero liberada, sé que mi doctor no tiene control sobre la información. La persona u organización a la que yo autoricé para recibir la información podría volver a revelarla. Las leyes Federales o estatales de privacidad ya no pueden proteger esta información.

FIRMA DEL PACIENTE (O TUTOR LEGAL)

FECHA

RELACIÓN CON EL PACIENTE (PADRES, TUTOR, ETC.)

**ORAL FACIAL RECONSTRUCTION AND IMPLANT CENTER
PATIENT PHOTOGRAPHY RELEASE FORM**

Nombre del Paciente: _____

Nombre

Apellido

Fecha de Nacimiento

Fecha:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código Postal

Yo autorizo a los Doctores del Oral Facial Reconstruction and Implant Center y cualquier otro agente, asistente o empleado seleccionados por ellos, para toma y usar fotografías y/o imágenes digitales de mi persona con el propósito de:

- Educación (i.e. Materiales Educativos)
- Mercadeo (i.e. Pagina de Internet, panfletos promocionales, etc.)
- Otros: _____

Esta solicitud y la autorización se aplica a fotografías e imagines digitales tomadas en:

Fecha (s) de la toma de la(s) imagines

Yo entiendo que una vez mi(s) fotografía(s) o imagen(es) digital(es) han sido divulgadas y liberadas, los Doctores del Oral Facial Reconstruction and Implant Center y cualquier otro agente, asistente o empleado seleccionados por ellos, no tendrán control sobre esa información, y las leyes federales o estatales pueden no proteger la información que fue publicada o liberada.

Yo Puedo cancelar esta autorización en la medida que lo permita la ley. Si lo hago, entiendo que el doctor o la práctica pueden ya haber usado mi(s) fotografía(s) o imagen(es) digital(es) antes de que yo cancelara esta autorización, lo que no prohíbe la liberación o publicación antes de la fecha de la cancelación.

Para Cancelar este acuerdo, yo debo escribir y firmar una carta al doctor o práctica emitiendo mi deseo cancelar mi autorización para revelar fotografías o imágenes digitales tomadas de mí por esta práctica. Yo (o mi representante autorizado) debo firmar y fechar la carta.

Si esta autorización no ha sido cancelada, expirara _____ días después de la fecha de la firma.

FIRMA DEL PACIENTE / REPRESENTANTE LEGAL

FECHA

RELACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL CON EL PACIENTE

ORAL FACIAL RECONSTRUCTION AND IMPLANT CENTER
AVISO DE TRATAMIENTO DENTAL DURANTE LA EMERGENCIA PANDÉMICA DEBIDO AL COVID-19 Y RECONOCIMIENTO DEL RIESGO ASOCIADO

Nuestro objetivo es proporcionar un entorno seguro para nuestros pacientes y personal, así mismo avanzar en la seguridad de nuestra comunidad local. Este documento proporciona información que le pedimos que reconozca y comprenda sobre el virus COVID-19.

El virus COVID-19 es una enfermedad grave y altamente contagiosa. La Organización Mundial de la Salud lo ha clasificado como una pandemia. Se puede contraer COVID-19 por una gran variedad de fuentes. Nuestra práctica quiere asegurarse de que conozca los riesgos adicionales de contraer COVID-19 asociados con el cuidado dental.

El virus COVID-19 tiene un largo período de incubación. Usted o sus proveedores de atención médica pueden tener el virus y no mostrar síntomas y aun así ser altamente contagiosos. Determinar quién está infectado por COVID-19 es desafiante y complicado debido a la disponibilidad limitada para la prueba de virus.

Debido a la frecuencia y el momento de las visitas de otros pacientes dentales, las características del virus y las características de los procedimientos dentales, existe un riesgo elevado de contraer el virus simplemente por estar en un consultorio dental.

Los procedimientos dentales crean agua en aerosol, que es una de las formas en que se propaga la enfermedad. La naturaleza ultra fina del aerosol de agua puede permanecer en el aire durante mucho tiempo, lo que permite la transmisión del virus COVID-19 a las personas cercanas.

No es posible usar una máscara protectora sobre su boca para prevenir infecciones durante el tratamiento ya que sus proveedores de atención médica necesitan acceso a su boca para brindar atención. Esto lo deja vulnerable a la transmisión de COVID-19 mientras recibe tratamiento dental.

De acuerdo con las declaraciones del Centro para el Control de Enfermedades (CDC) y la Asociación Dental Americana (ADA), el tratamiento no esencial o electivo, basado en la evaluación de nuestro personal, será reprogramado. Según la ADA, las emergencias dentales son "potencialmente mortales y requieren tratamiento inmediato para detener el sangrado continuo en el tejido [o] para aliviar dolor o infección graves". La ADA también recomienda que se brinde atención dental urgente que "se centre en el tratamiento de afecciones que requieren atención inmediata para aliviar el dolor intenso y/o el riesgo de infección y para aliviar la carga de los servicios de urgencias hospitalarios" de la manera más menos invasiva posible.

Confirmo que he leído el Aviso anterior y entiendo y acepto que existe un mayor riesgo de contraer el virus COVID-19 en el consultorio dental o con el tratamiento dental. Además confirmo que estoy buscando tratamiento para una condición que cumple con los criterios de emergencia o urgencia mencionados anteriormente. Entiendo y acepto el riesgo adicional de contraer COVID-19 por contacto en esta oficina. También reconozco que podría contraer el virus COVID-19 por fuera de esta oficina y no relacionado con mi visita aquí.

He leído y entiendo la información mencionada anteriormente:

Firma

Fecha

Testigo

Fecha

ORAL FACIAL RECONSTRUCTION AND IMPLANT CENTER
AVISO DE DESCARGO DE RESPONSABILIDAD - HECHOS QUE DEBE SABER SOBRE SU SEGURO

Al firmar abajo, reconozco que tengo he entendido lo siguiente:

1. Bajo la ley de la Florida, los médicos/dentistas generalmente deben llevar seguro de mala práctica, o demostrar responsabilidad financiera para cubrir posibles reclamaciones por mala práctica médica. Su médico puede haber decidido no llevar seguro de mala práctica médica. Esto está permitido bajo la ley de Florida bajo ciertas condiciones. La ley de Florida impone sanciones a los médicos no asegurados que no satisfacen juicios adversos derivados de los reclamos de mala práctica médica. Este aviso se proporciona de acuerdo a la ley de Florida.
2. Por la presente asigno a los doctores del Oral Facial Reconstruction and Implant Center cualquier beneficio bajo cualquier póliza de seguro, acuerdo de indemnización o de cualquier otra fuente colateral tal como se define en los estatutos del estado de Florida 768.76 para cualquier servicio o cargos proporcionados por los doctores del Oral Facial Reconstruction and Implant Center. Es la intención de los firmantes que esta asignación sea irrevocable y se aplicará a cualquier y todas las causas de acciones, demandas, reclamaciones y contrademandas.
3. Por la presente autorizo a mi abogado para liberar mi acuerdo de pago a los doctores del Oral Facial Reconstruction and Implant Center.
4. Muchas compañías de seguros requieren una consulta previa antes que cualquier tratamiento puede ser rendido.
5. Muchas compañías de seguros requieren autorización previa para cualquier tipo de procedimiento. Algunas compañías de seguros pueden tomar 3 a 5 semanas para este proceso.
6. **AUTORIZACION DEL SEGURO:** de acuerdo con mi seguro médico, yo estoy de acuerdo y autorizo que todos los pagos sean hechos directamente a los proveedores del servicio al Oral Facial Reconstruction and Implant Center, por todos los servicios dados. Yo también autorizo a el (los) proveedor(es) a suministrar a la administración de seguro social, o sus intermediarios u otros administradores de cualquier información que se necesite para esta cuenta o cuentas relacionadas con la cuenta del medicare. Del mismo modo estoy permitiendo el uso de una copia de esta autorización. Esta autorización también aplica para todas las cuentas de seguros privados que los proveedores usen. Certifico que he leído y entiendo la declaración de práctica privada y protección de la información de salud del "Oral Facial Reconstruction and Implant Center".
7. Si su seguro requiere una pre-determinación para el tratamiento así como un reporte completo, Se le hará un cargo a usted de \$50.00 para cubrir los contos de envío, duplicados y llamadas telefónicas.
8. Como todos los seguros, existe un deducible que usted debe cubrir.
9. **El seguro dental no necesariamente significa pagar por todo el tratamiento dental.** Muchas veces es solo una ayuda a con su factura.
10. Muchos servicios **No** son cubiertos por sus seguros y debido a muchos cambios en pólizas de seguro; ya no es tarea fácil interpretar cada póliza individualmente. Aunque tratamos de estar al tanto de estos cambios, no siempre es posible. Le proporcionaremos un estimado, pero **no se puede** garantizar con exactitud el monto de su factura final. Nos presentaremos su recibo al seguro y además intentaremos sacar el beneficio máximo que su plan le ofrece, pero usted será **responsable de todos los cargos que su seguro no pague**. Por lo tanto, le solicitamos a usted, el paciente, que por favor verifique con su compañía de seguros en relación a su cobertura. Es **su** responsabilidad conocer su cobertura individual y sus limitaciones. El fallar en cumplir con esta sugerencia podría resultar en que usted, el paciente, termine siendo responsable por todos los costos incurridos. Por favor recuerde que la póliza de seguro es entre usted y su compañía de seguros. Le animamos a leer su póliza para familiarizarse más con ella. Si usted tiene alguna pregunta sobre cuanto o con qué frecuencia su seguro va a pagar un procedimiento, usted debe comunicarse con su compañía de seguros para detalles.
11. Una vez que el procedimiento haya sido autorizado, usted recibirá una llamada de teléfono para programar la cirugía. Recuerde, su autorización sólo es buena para cierta cantidad limitada de tiempo. Por lo tanto, usted debe programar la cirugía antes de que se venza el plazo.
12. Si va a tener sedación intravenosa o anestesia general, asegúrese de no haber comido o bebido nada después de la medianoche la noche antes de la cirugía. Ni siquiera agua.
13. **Cancelación de citas de cirugía** con menos de 24 horas de aviso o no si no se presenta al procedimiento, **Se le hará un cargo de \$50.00 inmediatamente.** Entendemos pueden ocurrir emergencias y estamos dispuesto a trabajar con usted. Hemos reservado este tiempo **sólo para usted** así que si usted necesita reprogramar una cita **por favor** denos una **llamada antes de 24 horas**.
14. Si yo mismo solicito mis documentos, me será requerido a pagar a la oficina \$1.00 por copia y \$25.00 por duplicado de radiografías.
15. **CLÁUSULA DE COLECCIÓN DE COSTOS:** Yo estoy de acuerdo, que, en caso necesario de recolectar el dinero adeudado, seré responsable de todos los costos incluyendo, pero no limitados a costos de corte, intereses y honorarios de abogados.

Firma Del paciente (o Tutor Legal)

Nombre en imprenta

Fecha

Testigo

Nombre en imprenta

Fecha