

INFORMACION DEL PACIENTE

SIN CURSIVA POR FAVOR SOLO IMPRIMIR

APELLIDO: _____ PRIMER NOMBRE: _____ SEGUNDO NOMBRE: _____

DIRECCION: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____

NUMERO DE CASA(_____) _____ - _____ OCUPACION: _____

NUMERO DE TRABAJO(_____) _____ - _____ EMPLEADOR: _____

NUMERO DE CELLULAR(_____) _____ - _____ NUMERO DE LICENCIA: _____

SEGURO SOCIAL #: _____ - _____ - _____ ESTADO MARITAL: CASADO SOLTERO DIVORCIADO VIUDO

FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____ EDAD: _____ SEXO: M / F

CORREO ELECTRONICO: _____

VIVE ACTUALMENTE EN UNA INSTALACION? SI O NO, EN CASO DE SI, DONDE ? _____

ESTA ACTUALMENTE EN HOSPICIO? SI O NO? ESPECIFICAR _____

RESTRICCIONES DE CITAS? SI O NO, POR FAVOR ESPECIFIQUE SI ES SI _____

NOMBRE DE PERSONA ALTERNATIVA PARA CONTACTAR

NOMBRE: _____ NUMERO:(_____) _____ - _____

RELACION: _____ NUMERO ALTERNATIVO:(_____) _____ - _____

LA SIGUIENTE INFORMATION ES PARA QUE NOSOTROS PODER FILIALES CON LA COMPANIA SU SEGURO MEDICO:

NOMBRE DE POLIZA DEL SEGURO MEDICO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ RELACION: _____

SEGURO SOCIAL: _____ - _____ - _____

Referido por el Doctor: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____

Yo autorizo a cualquier y todos los beneficios del seguro del cual tengo derecho por los servicios prestados por The Retina Center, P.A. el que se paga directamente a The Retina Center, P.A.. Estoy de acuerdo en que es mi responsabilidad de pagar los pagos no cubiertos por mi seguro. Yo autorizo a mi titular de la informacion medica de companias de las Administraciones del Seguro Social, HCFA o de prestadores de la atencion de las salud. Toda la informacion necesaria para tal o relaciones con la reclamacion de Medicare. Yo permito una copia de cual ser utilizado en lugar del original.

FIRMA: _____ FECHA: _____

Nombre: _____
 Proveedor de Cuidado de los ojos de referencia: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Altura: _____
 Peso: _____
 Médico Primario: _____
 Farmacia: _____

Historia Ocular

1. ¿Qué problemas en los ojos o dificultades visuales específicos está experimentando ahora?

2 ¿Tiene usted o un pariente consanguíneo con alguna de las siguientes enfermedades de los ojos por favor marque Sí o No Usted		Miembro de la familia (Especifique relación) por favor marque Sí o No	
Glaucoma	SI NO	SI NO	
Cataratas	SI NO	SI NO	
"Ojo perezoso" o desequilibrio muscular	SI NO	SI NO	
Enfermedades de la Retina	SI NO	SI NO	
Degeneration Macular	SI NO	SI NO	
Otros problemas	SI NO	SI NO	

3. ¿Ha tenido alguna cirugía ocular, tratamiento con láser para los ojos, o lesión en el ojo? SI NO

Si respondió SI por favor explique:

4. ¿Qué medicamentos para los ojos está utilizando actualmente?
Dar el nombre (s), la dosis y la frecuencia con que los toma:

5. ¿Usa anteojos? - Sí - No

6. ¿Usas lentes de contacto? - Sí - No En caso afirmativo, ¿qué marca y el poder:

7. ¿Cuándo fue su último examen de la vista?

¿Quién fue su oftalmólogo anterior?

Historia Medica por favor marque sí o no

8 ¿Tiene usted ahora, o ha tenido:	En caso afirmativo, explique fecha, la duración y el tratamiento	
Diabetes Mellitus	SI	NO
Ataque del corazón	SI	NO
Angina de pecho o dolor en el pecho	SI	NO
Rapidas o irregular palpitaciones	SI	NO
Insuficiencia cardíaca	SI	NO
Marcapasos insertado		
Hipertensión	SI	NO
Alto colesterol	SI	NO

Un accidente cerebrovascular o "shock"	SI	NO
Anemia	SI	NO
Enfisema o bronquitis	SI	NO
Asma	SI	NO
Úlcera duodenal o de el estomago	SI	NO
Artritis	SI	NO Que tipo:

9. Es usted alérgico a algún medicamento o alimentos? - Sí - No
Yodo / Mariscos?

En caso afirmativo, por favor describa la sustancia, con la fecha de la reacción y el tipo de reacción: _____

10. ¿Alguna vez ha sido diagnosticado con cáncer?

En caso afirmativo, indique el tipo y fecha-

11. ¿Qué medicamentos o vitaminas toma? Dar el nombre (s) y dosificación: (si tiene una lista indicar para ver la lista)

12. ¿Qué operaciones (que no sea la cirugía ocular) ha tenido?

13. ¿Fuma usted? - Sí - No ¿Es usted un ex fumador Sí o No

Fechas: _____

14 Ocupación: _____

Historia Biológica Familiar

15 Entre los parientes de sangre, hay una historia de cualquiera de los siguientes enfermedades:	Por favor marque Si o No y especifique quién
Diabetes Mellitus	SI NO
Cáncer o tumores	SI NO
Hipertensión	SI NO
Enfermedades de el corazón	SI NO
Otros problemas médicos	SI NO Especifique:

Revisión de Sistemas (actual)

Por favor marque cualquiera de los siguientes síntomas que está experimentando **actualmente**:

General: fiebre, pérdida de peso, aumento de peso

Ojos: Visión borrosa, visión fluctuante, pérdida de la visión lateral, doble visión, sequedad, lagrimeo excesivo, enrojecimiento, picazón, ardor, deslumbramiento, sensibilidad a la luz, dolor ocular

Oído, nariz, garganta: congestión de los senos nasales, secreción nasal, goteo nasal, sequedad en la boca

Corazón: Dolores de pecho, palpitaciones

Pulmones: Dificultad para respirar, tos

Gastrointestinal: reflujo, náuseas, vómitos

Genitourinario: Cálculos renales, problemas de la vejiga, diálisis

Piel: Erupciones

Musculoesquelético: Dolor en las articulaciones, artritis, debilidad muscular, dolor de espalda

Neurológico: Mareos, dolor de cabeza, pérdida de memoria

Hematológico / Linfático: sangrado fácil, fácil aparición de moretones, inflamación de ganglios linfáticos

Alérgico / inmunológico: Estornudos, picazón

Psiquiatría: Ansiedad, depresión

Paciente firma: _____

Fecha:

Para uso de la Oficina:

Completado por: _____ Fecha: _____

The Retina Center, P.A.

2806 East 29th Street

Bryan, TX 77802

(979)-776-8330 Office

(800)-241-7741 Toll Free

(979)-774-9157 Fax

He recibido una copia del "FORMULARIO DE USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA"

Firma del Paciente

Fecha

Designación de Representate Personal

Como lo requiere la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1966, comúnmente conocida como "HIPAA", Usted tiene derecho a nominar a una persona o más para que actúen en su nombre con respecto a la protección de la información médica que le pertenece. Al completar este formulario, nos informa de su deseo de designar a la persona nombrada como su representante personal. Puede revocar esta designación en cualquier momento firmando y fechando la revocación de este formulario.

Designation Selection

Yo, _____ (Nombre de Paciente) designó a la siguiente persona para que actúe como representative personal con respecto a las decisiones que involucren el uso y / o divulgación de información médica que me pertenece.

Nombre de Representante

Relación al paciente

Numero de Telefono

Nombre de Representante

Relación al paciente

Numero de Telefono

Nombre de Representante

Relación al paciente

Numero de Telefono

La autoridad de esta persona, al actuar como mi representante personal, se limita a las siguientes funciones:

"A esta persona se le otorgarán todos los privilegios que se me otorgarían con respecto a mi información médica."

Firma del Paciente

Fecha

CONSERVE ESTA INFORMACIÓN

The Retina Center P.A.

2806 East 29th Street

Bryan TX, 77802

(979)776- 8330 Office (800)-241-7741 Toll Free (979)-774-9157 Fax

USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Por la presente autorizo a Derek P. Kuhl/ MD. Kevin M.Wells, MD/ Ashley Risner, OD para usar o divulgar la siguiente información de salud protegida (PHI):

Formulario de admisión del paciente	Informes de admisión hospitalaria	Formularios de remisión y autorización
Formularios de prescripción	Cartas de negación	Notas operativas del cirujano
Solicitudes de registro	Primer informe de lesión del médico	Registro de medicamentos / medicamentos
Correspondencia por negligencia médica	Notas transcritas	Correspondencia del paciente
Datos de investigación clínica	Correspondencia del plan de salud	Certificados de defunción
Informes EDI	Reclamación	Encuestas de pacientes
Registros médicos electrónicos	Explicación de beneficios	Pago de remesas / avisos
Estado de cuenta del paciente	Libros mayores electrónicos de cuentas de pacientes	Datos de inscripción y elegibilidad
Duda y contenido del paciente	Notas de progreso	Formularios de agencia de cobranza
Formularios de pedido de prueba de diagnóstico	Notas del consultor	Informes de diagnóstico
Notas de alta hospitalaria		

La información médica protegida puede ser revelada o vista por:

Vendedor de equipos médicos	Hospital	Médico remitente o consultor
Centro de tratamiento ambulatorio	Contratista de facturación médica	Agencia de salud en el hogar
Instalación de diagnóstico por imágenes	Empresa de servicios de ambulancia	Empresa de transcripción
Contratista de servicios médicos	Contratistas de servicios médicos	Seguro
Centro quirúrgico ambulatorio	Compensación para facturación eléctrica	Farmacia
Laboratorio	Agencia de cobros	

Esta información médica protegida se usa o divulga para brindar atención al paciente.

Esta autorización estará vigente y en efecto sin una fecha de vencimiento a menos que se indique.

Entiendo que, según se establece en el Aviso de privacidad de la instalación, tengo derecho a revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento enviando una notificación por escrito a:

**The Retina Center, PA
2806 East 29th Street
Bryan, TX 77802
ATTN: Privacy Officer
PRIVACY NOTICE**

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LÉALO DETENIDAMENTE.

Este Aviso de privacidad se le proporciona como requisito de una ley federal, la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA). Este Aviso de privacidad describe cómo podemos usar y divulgar su Información de salud protegida, denominada "PHI", para realizar tratamientos, pagos u operaciones de atención médica, y para otros fines permitidos o requeridos por la ley. También describe sus derechos de acceso y control de su información médica protegida en algunos casos. Su "información médica protegida" significa cualquier información médica escrita y oral sobre usted; incluidos los datos demográficos que se pueden utilizar para identificarlo. Esta información médica es creada o recibida por su proveedor de atención médica y se relaciona con su condición de salud física o mental pasada, presente y futura.

Usos y divulgaciones de información médica protegida (PHI)

Podemos utilizar su PHI con el fin de brindar tratamiento, obtener el pago del tratamiento y realizar operaciones de atención médica. Su PHI puede usarse o divulgarse solo para estos fines, a menos que el médico haya obtenido su autorización de las regulaciones de privacidad de HIPAA o la ley estatal permite el uso o la divulgación. Las divulgaciones de su PHI para los fines descritos en este Aviso de privacidad pueden hacerse por escrito o por fax.

- A. Tratamiento:** Usaremos y divulgaremos su PHI para brindar, coordinar o administrar su atención médica y cualquier servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o gestión de su atención médica con un tercero para fines de tratamiento. Por ejemplo, podemos divulgar su PHI a una farmacia para obtener una receta o a un laboratorio para solicitar un análisis de sangre. En algunos casos, también podemos divulgar su PHI a un proveedor de tratamiento externo para fines de las actividades de tratamiento del otro proveedor
- B. Pago:** Su PHI se utilizará, según sea necesario, para obtener el pago de los servicios que proporcionamos. Esto puede incluir cierta comunicación con su compañía de seguro médico para obtener la aprobación del procedimiento que hemos programado. También podemos divulgar su PHI a su compañía de seguros de salud para determinar si usted es elegible para recibir beneficios o si un servicio en particular está cubierto por su plan de salud
- C. Operaciones:** Podemos usar o divulgar su PHI según sea necesario, para su propia operación de atención médica y para brindar atención de calidad a todos los pacientes. Las operaciones de atención médica pueden incluir actividades tales como: evaluación de la calidad y actividades de mejora, actividades de revisión de empleados, programas de capacitación, incluidos aquellos en los que los estudiantes, aprendices o profesionales de la atención médica aprenden bajo supervisión, acreditación, certificación, licencia o revisión y auditoría, incluido el cumplimiento, revisiones, revisiones médicas, servicios legales y mantenimiento de programas de cumplimiento y gestión empresarial y actividades administrativas generales. En ciertas operaciones, también podemos divulgar información del paciente a otro proveedor o plan de salud para sus operaciones de atención médica
- D. Otros usos y divulgaciones:** Como parte de sus operaciones de tratamiento, pago y atención médica, también podemos divulgar su PHI para los siguientes propósitos: recordarle la fecha de su cirugía, informarle de sus posibles alternativas u opciones de tratamiento, o informarle sobre cuestiones relacionadas con la salud, beneficios o servicios que pueden ser de su interés

Usos y divulgaciones más allá del tratamiento, pago y operaciones de atención médica permitidas sin autorización u oportunidad de objetar.

Las reglas federales de privacidad nos permiten usar o divulgar su PHI sin su permiso o autorización por varias razones, incluidas las siguientes:

- A. Cuando sea legalmente requerido-** divulgaremos su PHI cuando la ley federal, estatal o local nos lo exija.
- B. Cuando existen riesgos para la salud pública-** podemos divulgar su PHI para las siguientes actividades y propósitos públicos
 1. Para prevenir, controlar o informar enfermedades, lesiones o discapacidades según lo permita la ley.
 2. Para informar eventos vitales como el nacimiento o la muerte según lo permita o requiera la ley.
 3. Realizar vigilancia, investigaciones e intervenciones de salud pública según lo permita o requiera la ley
 4. Para recopilar o informar eventos adversos y defectos de productos, realice un seguimiento de los productos regulados por la FDA; permitir la retirada, reparación o sustitución de productos a la FDA y realizar una vigilancia posterior a la comercialización.
 5. Para notificar a una persona que ha estado expuesta a una enfermedad contagiosa o que puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad según lo autorizado por la ley.
 6. Informar a un empleador información sobre un individuo que es miembro de la fuerza laboral según lo permitido o requerido legalmente.
- C. Para informar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica-** podemos notificar a las autoridades gubernamentales si creemos que el paciente es víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Haremos esta divulgación sólo cuando la ley lo requiera o autorice específicamente o cuando el paciente esté de acuerdo con la divulgación.

- D Para llevar a cabo actividades de supervisión de la salud-**podemos divulgar su PHI a una agencia de salud para actividades que incluyen auditorías, investigaciones civiles, administrativas o penales, procedimientos o acciones; inspecciones; licencia o acciones disciplinarias; u otras actividades necesarias
- E En relación con procedimientos judiciales y administrativos-** podemos divulgar su PHI en el curso de cualquier procedimiento judicial o administrativo en respuesta a una orden de un tribunal judicial o administrativo según lo autorizado expresamente por dicha orden. En determinadas circunstancias, podemos divulgar su PHI en respuesta a una citación en la medida en que lo autorice la ley estatal si recibimos una garantía satisfactoria de que se le ha notificado de las solicitudes o de que se hizo un esfuerzo para obtener una orden de protección.
- F Para fines de cumplimiento de la ley-** podemos divulgar su PHI a un funcionario de cumplimiento de la ley para fines de cumplimiento de la ley de la siguiente manera:
 1. Según lo requiera la ley para informar sobre ciertos tipos de heridas u otras lesiones médicas.
 2. De conformidad con una orden judicial, una orden judicial, una citación, una citación o un proceso similar.
 3. Con el propósito de identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida.
 4. En determinadas circunstancias limitadas, cuando sea víctima de un delito.
 5. A un oficial de la ley si la instalación tiene la sospecha de que su condición de salud fue el resultado de una conducta criminal.
 6. En caso de emergencia para denunciar un delito.
- G A médicos forenses, directores de funerarias y donación de órganos-** podemos divulgar su PHI a un médico forense o examinador médico con fines de identificación para determinar el caso de muerte para que el médico forense o examinador médico realice otras tareas autorizadas por la ley. Podemos divulgar su PHI a un director de la funeraria, según lo autorice la ley, para permitir que el director de la funeraria lleve a cabo sus funciones. La PHI puede usarse y divulgarse para la donación de órganos, ojos o tejidos de cadáveres.
- H Para fines de investigación-** podemos usar o divulgar su PHI para investigación cuando el uso o divulgación para investigación haya sido aprobado por una junta de revisión institucional que haya revisado la propuesta de investigación y los protocolos de investigación para abordar la privacidad de su PHI.
- I En caso de una amenaza grave para la salud o la seguridad-** podemos consentir con la ley aplicable y los estándares éticos de conducta, para usar o divulgar su PHI si creemos, de buena fe, que dicho uso o divulgación es necesario para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente para su salud o seguridad, o para la salud y seguridad del público.
- J Para funciones gubernamentales específicas-** en ciertas circunstancias, la regulación federal autoriza a la instalación a usar o divulgar su PHI para facilitar determinaciones gubernamentales específicas, instituciones correccionales y situaciones de custodia policial
- K Para la compensación del trabajador-** podemos divulgar su PHI para cumplir con las leyes de compensación del trabajador o programas similares.

Usos y divulgaciones permitidos sin autorización pero con oportunidad de objetar

Podemos divulgar su PHI a los miembros de su familia o un amigo personal cercano si es directamente relevante para la participación de la persona en su cirugía o el pago relacionado con su cirugía. También podemos divulgar su información en relación con el intento de ubicar o notificar a miembros de la familia u otras personas involucradas en su cuidado con respecto a su ubicación, condición o muerte. Puede oponerse a estas divulgaciones. Si no se opone a estas divulgaciones, o podemos inferir de las circunstancias que no objetar, o si determinamos en el ejercicio de nuestro juicio profesional que lo mejor para usted es que divulguemos información que sea directamente relevante. Debido a la participación de la persona en su atención, podemos divulgar su PHI como se describe.

Sus Derechos

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su PHI

- A. El derecho a inspeccionar y copiar su información médica protegida-** Puede inspeccionar y obtener una copia de su PHI que está contenida en un conjunto de registros designado durante el tiempo que mantengamos su PHI. Un "conjunto de registros designado" contiene registros médicos y de facturación y cualquier otro registro que se utilice para tomar decisiones sobre usted. Sin embargo, según la ley federal, no puede inspeccionar ni copiar los siguientes registros: notas de psicoterapia; información compilada con anticipación razonable de, o para uso en, una acción o procedimiento civil, criminal o administrativo; y PHI que está sujeta a una ley que prohíbe el acceso a PHI. En el caso de que la denegación haya sido la decisión, la revisión de esta denegación puede ser su derecho. Podemos negar el derecho a solicitar inspeccionar o copiar su PHI si, por su seguridad o la de otra persona, es probable que cause un daño sustancial a otra persona mencionada en la información que ha incluido en la última página de este Aviso de privacidad. Si solicita una copia de su información, podemos cobrarle una tarifa por la copia, el envío por correo u otros costos en los que incurramos para cumplir con su solicitud. Comuníquese con nuestra Oficina de Privacidad si tiene alguna pregunta sobre el acceso a su registro médico.
- B. El derecho a solicitar una restricción sobre los usos y divulgaciones de su PHI.** Puede pedirnos que no usemos o divulguemos ciertas partes de su PHI para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También puede solicitar que no divulguemos su información médica a familiares que puedan estar involucrados en su atención o para fines de notificación, como se describe en este Aviso de privacidad. Su solicitud debe indicar la restricción específica solicitada y a quién desea que se aplique la restricción. No estamos obligados a aceptar una restricción que pueda solicitar. Le notificaremos si denegamos su solicitud de restricción. En el caso de que necesite atención de emergencia, intentaremos respetar las restricciones solicitadas solo en el caso de que no interfiera con su atención médica. Bajo ciertas circunstancias, podemos rescindir su acuerdo con una restricción. Puede solicitar una restricción comunicándose con la Oficina de Privacidad.
- C. El derecho a solicitar recibir comunicaciones confidenciales de nuestra parte por medios alternativos o en una ubicación alternativa.** Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted de determinadas formas. Daremos cabida a las solicitudes razonables. Podemos condicionar esta adaptación solicitando información sobre cómo se maneja el pago o la especificación de una dirección alternativa u otro método.
- D. El derecho a solicitar una enmienda a su PHI-** Puede solicitar una enmienda a su PHI en un registro designado establecido siempre que mantengamos esta información. En esta solicitud por escrito, también debe proporcionar una razón para respaldar las enmiendas solicitadas. Podemos denegar su solicitud de enmienda. Si denegamos su solicitud de enmienda, se lo informaremos. La solicitud de enmienda debe hacerse por escrito y debe dirigirse a nuestro Oficial de Privacidad.
- E. El derecho a recibir una contabilidad.** Tiene derecho a solicitar un informe de ciertas divulgaciones de su PHI realizadas por nosotros. Este derecho se aplica a las divulgaciones para fines distintos al tratamiento, pago, operaciones de atención médica como se describe en este Aviso de privacidad. Tampoco estamos obligados a dar cuenta de las divulgaciones que usted acordó al firmar un formulario de autorización, o las divulgaciones que se nos permite realizar sin su autorización. La solicitud de contabilidad debe hacerse por escrito a nuestro Oficial de Privacidad. La solicitud debe especificar el período de tiempo que no exceda los seis años a partir de la fecha de su solicitud. Le proporcionaremos el primer informe que solicite durante cualquier período de 12 meses sin cargo. Las solicitudes de contabilidad posteriores pueden estar sujetas a una tarifa razonable basada en el costo.
- F. El derecho a obtener una copia impresa de este aviso.** Si lo solicita, le proporcionaremos una copia impresa por separado de este aviso, incluso si ya ha recibido una copia del aviso o ha aceptado aceptarlo electrónicamente.

Nuestros Deberes

La ley requiere que la instalación mantenga la privacidad de su información médica y le proporcione este Aviso de privacidad de nuestros deberes y prácticas de privacidad. Estamos obligados a cumplir con los términos de este aviso y hacer que las nuevas disposiciones del Aviso sean efectivas para toda la PHI futura que mantenemos. Si cambiamos el Aviso, le proporcionaremos una copia del Aviso revisado por correo ordinario o mediante un contacto en persona.

Quejas

Tiene derecho a expresarnos quejas a nosotros y a la secretaría de salud y servicios humanos si cree que se han violado sus derechos de privacidad. Puede quejarse con nosotros comunicándose con su oficial de privacidad por escrito utilizando la información de contacto a continuación. Le recomendamos que exprese cualquier inquietud que pueda tener con respecto a la privacidad de su información. No se le venderá de ninguna manera por presentar una queja.

Persona de Contacto

Nuestra persona de contacto para todos los asuntos relacionados con la privacidad del paciente y sus derechos bajo los estándares federales de privacidad es el oficial de privacidad. La información relacionada con los asuntos cubiertos por este aviso se puede solicitar comunicándose con el oficial de privacidad. Si cree que hemos violado sus derechos de privacidad, puede enviar una queja a nuestro oficial de privacidad enviándole a:

The Retina Center
2806 East 29th Street
Bryan, TX 77802
ATTN: Oficial de Privacidad
Numero: (979) 776-8330
(800) 241-7741

Este Aviso es Efectivo Abril 14, 2003