



SAN DIEGO

## HANDSPECIALISTS

CARE OF THE HAND & UPPER EXTREMITY

8008 FROST STREET • SUITE 403 • SAN DIEGO CA 92123

TEL 858-715-9200 FAX 858-715-9202

DORI NEILL CAGE, M.D.

LINDSEY S. URBAND, M.D., F.A.A.O.S.

GREGORY R. MACK, M.D.

JULIE R. GILBERT, M.D., F.A.C.S

HASSAN J. AZIMI, M.D.

Date of Appointment: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

**PLEASE PRINT/ Letra Molde:**

Patient Name/**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_

Gender/**Femenino/Masculino:** \_\_\_\_\_

Date of Birth/ **Fecha de Nacimiento** \_\_\_\_\_ Age/**Edad** \_\_\_\_\_ SSN/**Numero de**

**Seguro Social:** \_\_\_\_\_ **Marital Status/Estado Civil:** \_\_\_\_\_

Address/**Domicilio** : \_\_\_\_\_

Height/**Estatura** \_\_\_\_\_ Weight/**Peso:** \_\_\_\_\_

Are you right or left handed? / **Es Zurdo o Diestro** \_\_\_\_\_

City/**Ciudad:** \_\_\_\_\_ State/**Estado** : \_\_\_\_\_

Zip Code/ **Codigo Postal:** \_\_\_\_\_

Home #/**Tel. Casa:** \_\_\_\_\_

Cell Phone #/**Tel. Celular:** \_\_\_\_\_

Can a message be left on your answering machine? / **Se puede dejar mensaje de voz?** \_\_\_\_\_

Who referred you to this office? / **Quien lo refirio a esta oficina?** \_\_\_\_\_

E-mail address/**Correo Electronico:** \_\_\_\_\_

Family Physician/ **Doctor de Cabecera** : \_\_\_\_\_

Name of Physician or Medical group you would like us to send office visit notes to/ **Nombre del Médico o Grupo Médico al que le gustaría que le enviemos notas de visita al consultorio:** \_\_\_\_\_

Telephone number/ **Numero de telefono** \_\_\_\_\_

Fax/Fax #: \_\_\_\_\_

In case of emergency, whom may we contact/ **Contacto de Emergencia?**

\_\_\_\_\_  
Relationship/**Relacion al Paciente?** \_\_\_\_\_

Phone #/**Numero de telefono:** \_\_\_\_\_

Pharmacy/ **Farmacia:** \_\_\_\_\_

Pharmacy Address/ **Dirección de Farmacia:** \_\_\_\_\_

Pharmacy Phone Number/ **Teléfono de Farmacia:** \_\_\_\_\_

**EMPLOYMENT/ Empleo**

PATIENT/Paciente: \_\_\_\_\_

Are you currently working/ **Esta trabajando? Yes/No**

Employer/**Empleador:** \_\_\_\_\_ Occupation/Ocupacion: \_\_\_\_\_ FT/PT-

**Tiempo Completo/Medio Tiempo**

Address/**Domicilio** \_\_\_\_\_

Business Phone/**Numero de tel. Laboral :** \_\_\_\_\_

If the patient is a minor please fill out parent employment information above./ **Si el paciente es menor de edad, complete la informacion de empleo de los padres arriba.**

**IF THIS IS A WORK RELATED INJURY/PROBLEM, PLEASE PROVIDE THE FOLLOWING WORK HISTORY (Worker's Compensation only)/ Si se trata de una lesion o problema relacionado con el trabajo, propocione el siguiente historial laboral (Compensacion al trabajador solamente)**

When did you last work/ **Cuando fue la ultima vez que trabajo??**

\_\_\_\_\_  
Are you working full duty/ **Estas trabajando a pleno rendimiento?**

\_\_\_\_\_  
If not, what are your current work restrictions? How long in your current status? **Si no es así, ¿cuáles son sus restricciones laborales actuales? Cuánto tiempo en su estado actual**

\_\_\_\_\_  
How long have you worked for your current employer? **Cuanto tiempo ha trabajado para su empleador actual?**

\_\_\_\_\_  
How long have you been in this line of work? **Cuanto tiempo lleva en esta linea de trabajo?**

\_\_\_\_\_  
Previous employment/ **Empleo Anterior?**

\_\_\_\_\_  
Do you have another job? / **Tiene otro trabajo?**

\_\_\_\_\_

**WHAT IS YOUR PRIMARY COMPLAINT? Cual es su queja principal?**

---

**WAS THIS A SPECIFIC INJURY? IF SO, DATE OF INJURY: Fue esta una lesion especifica? Si es asi, fecha de la lesion:? \_\_/\_\_/\_\_**

**Please describe how it happened/ Describe como sucedio.**

---

**REVIEW OF SYSTEMS/Revision de sistemas**

Please circle any symptoms you are **currently** experiencing (not limited to hands and upper extremities)  
Favor de circular **todos** los sintomas que este **experienciado** actualmente

**General:** Fatigue; Fever/ **General: Fatiga; Fiebre**

**Skin:** Easy Bruising; Nail changes; Skin Color Changes/ **Piel: Moretones con facilidad; cambios en las uñas; Cambios en el color de la piel**

**HEENT:** Headache; Visual Changes/ **HEENT: Dolor de cabeza, cambios visuales**

**Neck:** Pain/ **Cuello: Dolor**

**Respiratory:** Cough; Difficulty Breathing; Sleep Apnea; Wheezing; Shortness of Breath/  
**Respiratorio: Tos; Dificultad respirando; Apnea Del Sueno; --;**

**Cardiovascular:** Chest Pain; Fainting/Blacking out; Phlebitis; Rapid Heart Rate; Irregular Heart Rate/  
**Cardiovascular: Dolor de Pecho; Desmayos; Flebitis; Ritmo Cardiaco Elevado/ Irregular**

**Gastrointestinal:** Heartburn; Other/**Gastrointestinal; Acidez;**

**Neurological:** Numbness; Tingling; Burning Pain; Weakness in Extremities/  
**Neurologico: Entumecimiento; Hormigueo; Debilidad en las Extrimidades**

**Psychiatric:** Anxiety; Depression; Insomnia/ **Psiquiatrico: Ansiedad; Depresion; Insomnio**

**Endocrine:** Thyroid Problems; Prostate Problems/**Endocrino: Problemas de Tiroides, Problemas de Prostata**

**Hematology:** Abnormal Bleeding; Blood Clots/ **Hematologia: Sangrado Abnormal; Coagulos de Sangre**

**ALLERGIES/ Alergias**

	Yes	No	<u>Reactions/Reacciones:</u>
Penicilina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tape/ <b>cinta</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Iodine/ <b>yodo</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Shellfish/ <b>Mariscos</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Please list other allergies and reaction: **otras alergias o reacciones** \_\_\_\_\_

**FAMILY HISTORY/ Historia Familiar**

	Yes	No		Yes	No		Yes	No
<b>Tunel carpiano</b>								
Carpal Tunnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reumatoides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiopatía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipertension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos de	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				la sangre		

**SOCIAL/ VIDA SOCIAL**

Please list your hobbies or leisure activities (tennis, golf, knitting)/ **Describe sus pasatiempos o actividades (Tenis, golf, tejido)?**

	Yes	No	<u>Amount:</u>
Do you smoke/Usted fuma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Drink alcohol/Usted toma alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

**CURRENT MEDICATIONS:/ Medicamentos actuales**

Name of medication/ <b>Nombre del medicamento</b>	Dose/ <b>Dosis</b>	Frequency/ <b>Frecuencia</b>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Please list all operations and hospitalizations/ operaciones y hospitalizaciones**

Year/ <b>año</b>	Operations/ <b>Operacion</b>	Hospital Y Ubicacion
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**ILLNESS & MEDICAL PROBLEMS/ Enfermedades/ Problemas medicos**

Please mark relevant items and briefly explain/ **Marque los elementos relevantes y explique brevemente**

- Glaucoma or other eye problems/ **Galucoma u otros problemas oculares**\_\_\_\_\_
- Pulmonary (asthma, wheezing, bronchitis, emphysema, pneumonia, tuberculosis, sleep apnea) **Pulmonar (asma, sibilancias, bronquitis, enfisema, neumonía, tuberculosis, apnea del sueño)** \_\_\_\_\_
- Cardiac (hypertension, angina/chest pain, heart attack, heart murmur, irregular

heartbeat) **Cardíaco (hipertensión, angina / dolor de pecho, ataque cardíaco, soplo cardíaco, irregularidad latido del corazón) \_\_**

Bleeding tendency, easy bruising, nosebleeds, phlebitis, anemia) **Tendencia hemorrágica, fácil aparición de hematomas, hemorragias nasales, flebitis, anemia**

Stomach, duodenal ulcers, or hiatal hernia **Estómago, úlceras duodenales o hernia de hiato**

Neurological problems (stroke, seizure disorder, paralysis) **Problemas neurológicos (accidente cerebrovascular, convulsiones, parálisis)\_\_\_\_\_**

Cancer (year, type, treatments) **Cancer( año, tipo, tratamiento)\_\_\_\_\_**

Back pain or injury(**dolor de espalda, lesion\_\_\_\_\_**

Mental illness (depression, anxiety, schizophrenia, bipolar) **Enfermedad mental (depresión, ansiedad, esquizofrenia, trastorno bipolar \_\_\_\_\_**

Alcohol/Drug Addiction/Withdrawal/ **Adicción al alcohol / drogas / \_\_**

Difficulty with anesthesia (if yes, which type) **Dificultad con la anestesia (en caso afirmativo, de qué tipo \_\_\_\_\_**

**Diabetes\_\_\_\_\_**

Thyroid Problem/**Problemas de tiroides\_\_\_\_\_**

Other problems not listed above:/ **Otros problemas no enlistados \_\_\_\_\_**

Exposure to Hepatitis, Tuberculosis, HIV/AIDS/ **Expuesto a Hepatitis, Tuberculosis, VIH/SIDA \_\_\_\_\_**

**\*\*\*\*\*We will give you assistance in processing your insurance claim, however, you must understand that you are responsible for payment for all professional services and/or collection agency fees.\*\*\*\*\***

**\*\*\*\*\* Le brindaremos asistencia para procesar su reclamo de seguro; sin embargo, debe comprender que es responsable del pago de todos los servicios profesionales y / o los honorarios de la agencia de cobranza.\*\*\*\*\***

RELEASE OF INFORMATION AUTHORIZATION: I authorize the release of any medical information necessary to process claims to my insurance company. I agree that a photographic copy of this authorization shall be as valid as the original. If the patient is a minor, the signature found below shall be that of the patient's parent, guardian, or conservator.

AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN: Doy consentimiento de compartir cualquier información médica necesaria para procesar reclamaciones a mi compañía de seguros. Acepto que una copia fotográfica de esta autorización será tan válida como el original. Si el paciente es menor de edad, la firma que se encuentra a continuación será la del padre o tutor legal.

AUTHORIZATION TO PAY PHYSICIAN: I hereby authorize payment directly to Dr. Dori Cage, Dr. Lindsey S. Urband, Dr. Gregory R. Mack, Dr. Hassan J. Azimi and Dr.

Julie R. Gilbert of the Medical Expense Benefits otherwise payable to me, but not to exceed my indebtedness to said physician on account of the enclosed charge.

**AUTORIZACIÓN PARA PAGAR AL MÉDICO: Por la presente autorizo el pago directamente al Dr. Dori Cage, Dr. Lindsey S. Urband, Dr. Gregory R. Mack, Dr. Hassan J. Azimi y Dr. Julie R. Gilbert de los beneficios de gastos médicos pagaderos de otra manera a mí, pero sin exceder mi deuda con dicho médico por el cargo adjunto.**

PERSONAL RELEASE OF MEDICAL INFORMATION

I authorize the following person(s) to discuss or be provided information related to my medical care including billing matters. (This does not include medical personnel and insurance companies)

CONCENTIMIENTO PERSONAL DE INFORMACIÓN MÉDICA

Autorizo a la (s) siguiente (s) persona (s) a discutir o recibir información relacionada con mi atención médica, incluidos los asuntos de facturación. (Esto no incluye personal médico ni compañías de seguros)

*LANGUAGE PREFERENCE (Lenguaje de preferencia)* \_\_\_\_\_

*ETHNICITY/ ETNICIDAD (Optional/Opcional)* \_\_\_\_\_

Name/Nombre

Relationship/Relacion

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Print Patient's Name/Nombre de Paciente \_\_\_\_\_

Date/Fecha: \_\_\_\_\_

(Signature of Patient OR signature of Parent/Guardian if the Patient is a minor/**Firma del Paciente O firma del Padre/ Tutor si el paciente es menor de edad**)

Witness Signature/ Firma del Testigo \_\_\_\_\_ Date/Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**NOTICE TO CONSUMERS**

MEDICAL DOCTORS ARE LICENSED AND REGULATED BY THE MEDICAL BOARD OF CALIFORNIA (800) 633-

2322 [WWW.MBC.CA.GOV](http://WWW.MBC.CA.GOV)

AVISO A LOS CONSUMIDORES

LOS DOCTORES ESTÁN AUTORIZADOS Y REGULADOS POR LA JUNTA MÉDICA DE CALIFORNIA (800)

633-2322 WWW.MBC.CA.GOV



**SAN DIEGO**  
**HANDSPECIALISTS**  
CARE OF THE HAND & UPPER EXTREMITY

8008 FROST STREET • SUITE 403 • SAN DIEGO  
CA 92123

DORI NEILL CAGE, M.D.

LINDSEY S. URBAND, M.D., F.A.A.O.S

GREGORY R. MACK, M.D.

JULIE R. GILBERT, M.D., F.A.C.S

HASSAN J. AZIMI, M.D.

### Financial Policy/ **Poliza Financiera**

We are dedicated to providing the best possible care for you, and we want you to completely understand our financial policies./ **Estamos dedicados a brindarle la mejor atención posible y queremos que comprenda completamente nuestras polizas financieras.**

1. Always bring your health insurance card to your appointment. At the time of check in, please notify the front desk personnel of any changes in your personal information, such as insurance, address, and phone number./ **Siempre lleve su tarjeta de seguro médico a su cita. En el momento de check-in, notifique al personal de la recepción sobre cualquier cambio en su información personal, como su seguro medico, la dirección y el número de teléfono.**
2. Payment is required at the time of service including co-pay and any balance due on your account. In the event of surgery, if your insurance assigns you a deductible and/or co -insurance, a deposit may be collected prior to performing the surgery./ **El pago se requiere al momento del servicio, incluido el copago y cualquier saldo adeudado en su cuenta. En caso de cirugía, si su seguro le asigna un deducible y / o coseguro, se puede cobrar un depósito antes de realizar la cirugía.**
3. Please be sure prior to your visit that you have obtained referrals and/or authorizations required by your insurance company./ **Antes de su visita, asegúrese de haber obtenido las referencias y / o autorizaciones requeridas por su compañía de seguros.**
4. Please be sure to verify the participation status of your physician with your insurance plan and the billing department. If your physician is not part of your insurance plan, your portion of fees will most likely be higher. Ultimate responsibility for payment of all fees is yours. Please note, our doctors do not participate with Molina or Healthnet Medi-cal./ **Asegúrese de verificar el estado de participación de su médico con su plan de seguro y el departamento de facturación. Si su médico no forma parte de su plan de seguro, lo más probable es que su parte de los honorarios sea mayor. La responsabilidad final del pago de todas las tarifas es suya. Tenga en cuenta que nuestros médicos no participan con Molina o Healthnet Medi-cal**

5. Keep in mind that an insurance policy is basically a contract between you and your insurance company. We will file all insurance claims for you. However, the ultimate responsibility for payment is yours seguros./ **Tenga en cuenta que una póliza de seguro es básicamente un contrato entre usted y su compañía de seguros. Presentaremos todas las reclamaciones de seguros por usted. Sin embargo, la responsabilidad final del pago es suya.**

6. Not all insurance plans cover all services. In the event your insurance plan determines a service to be "non-covered," you will be responsible for the complete charge. Payment is due upon receipt of a statement from our office./ **No todos los planes de seguro cubren todos los servicios. En el caso de que su plan de seguro determine que un servicio "no está cubierto", usted será responsable por el cargo completo. El pago vence al recibir un estado de cuenta de nuestra oficina.**

I understand that I am responsible to pay for all services rendered, including, but not limited to, office visit, x-ray, casting and supplies, and any splints given to me by my physician. Please note, splints and other supplies may not be returned after they have been accepted by the patient, as they cannot be reused./ **Entiendo que soy responsable de pagar todos los servicios prestados, incluidos, entre otros, visitas al consultorio, radiografías, yesos y suministros, y cualquier férula que me dé mi médico. Tenga en cuenta que las férulas y otros suministros no se pueden devolver después de que el paciente los haya aceptado, ya que no se pueden reutilizar.**

Patient Name/Nombre del Paciente:

---

Patient (or Legal Guardian) Signature/ **Firma del Paciente o Tutor Legal:**

---

Date/Fecha: \_\_\_\_\_

Staff Member/ **Miembro del personal:**

---

Date/ **Fecha:** \_\_\_\_\_





SAN DIEGO  
**HANDSPECIALISTS**  
CARE OF THE HAND & UPPER EXTREMITY

## **Policies On Office Visits & Surgeries/ Póliza Sobre Visitas Al Consultorio Y Cirugías**

### **Cancellation Policy on Office Visits & Surgeries**

We recognize that your time is important and ours is too. When you book an appointment, you are holding a space on our calendar that is no longer available to our other patients. Out of respect for our doctors, staff and other patients, cancellations must be made 48 hours before your scheduled date of appointment. You must notify our office if you decide to cancel. Our phone number is 858-715-9200. Please call between 8 a.m. to 5 p.m. There is a cancellation fee of \$75.00 if you cancel less than 48 hours before your appointment.

### **Póliza de Cancelaciones al Consultorio y Cirugías**

**Reconocemos que su tiempo es importante y el nuestro también. Cuando reserva una cita, está manteniendo un espacio en nuestro calendario que ya no está disponible para otros pacientes. Por respeto a nuestros médicos, personal y otros pacientes, las cancelaciones deben hacerse 48 horas antes de la fecha programada de la cita. Debe notificar a nuestra oficina si decide cancelar entre las horas de 8 a.m. a 5p.m. Nuestro número de teléfono es 858-715-9200. Hay un costo por cancelación de \$75.00 si no cancela 48 horas antes de su cita.**

### **Late for Appointment Policy**

You are considered late for your appointment when you arrive 15 minutes past your scheduled visit to our office or 15 minutes past your scheduled surgery. At this point, there is no guarantee that your doctor can see you or perform a surgery on you the same day and a \$75.00 late fee will be charged to you.

### **Póliza Sobre Retraso A Cita**

**Se considera que llega tarde a su cita cuando llega 15 minutos después de su cita programada a nuestra oficina o 15 minutos después de su cirugía programada. En ese momento, no hay garantía de que su médico pueda verlo o realizarle una cirugía el mismo día y se le cobrará un cargo por retraso de \$75.00.**

### **No Show Policy**

A no-show is when a patient misses an appointment without calling our office. In this case, a \$75.00 fee will be billed to you.

**Póliza De No Presentarse**

No presentarse es cuando un paciente falta a una cita sin notificar a nuestra oficina. En este caso, se le facturará una tarifa de \$ 75.00.

**Patient's Printed Name/ Nombre impreso del paciente:**

\_\_\_\_\_

**Patient's Signature/ Nombre impreso del paciente:**

\_\_\_\_\_

**Date Signed/ Fecha firmada:** \_\_\_\_\_



**SAN DIEGO**

**HANDSPECIALISTS**

CARE OF THE HAND & UPPER EXTREMITY

8008 FROST STREET • SUITE 403

SAN DIEGO CA 92123

TEL 858-715-9200 FAX 858-715-9202

**SAN DIEGO HAND SPECIALISTS MANAGEMENT, INC.**

**Consent for Use and Disclosure of Health Information/ GESTIÓN DE  
ESPECIALISTAS EN MANOS DE SAN DIEGO, INC.**

**Consentimiento para el Uso y Distribucion de Información Médica**

In signing this form you consent to the use and disclosure of your protected health information by San Diego Hand Specialists Management, Inc., our staff, and our business associates strictly for the purpose of treatment, payment and health care operations./ **Al firmar este formulario, usted acepta el uso y distribucion de su información médica protegida por parte de San Diego Hand Specialists Management, Inc., nuestro personal y nuestros socios comerciales estrictamente con el propósito de tratamiento, pago y operaciones de atención médica.**

You acknowledge you have had an opportunity to review our Notice of Privacy Practices prior to signing this consent. We encourage you to review our Notice of Privacy Practices carefully. It provides more detail on how we may use and disclose your information. The Notice of Privacy Practices may change; however, a current copy may be requested when you are being seen as a patient./ **Reconoce que ha tenido la oportunidad de revisar nuestro Aviso de prácticas de privacidad antes de firmar este consentimiento. Le recomendamos que revise nuestro Aviso de prácticas de privacidad detenidamente ya que proporciona más detalles sobre cómo podemos usar y difundir su información. El Aviso de prácticas de privacidad puede cambiar; sin**

embargo, es posible que se le solicite una copia actual cuando lo atiendan como paciente.

You may request that we restrict how we use and disclose your protected health information for the purposes mentioned above. If you would like to request a restriction, please do so in writing. However, we reserve the right to deny your request. If we grant your request, we are bound by the terms of the agreement./ **Puede solicitar que restrinjamos la forma en que usamos y compartimos su información médica protegida para los fines mencionados anteriormente. Si desea solicitar una restricción, hágalo por escrito. Sin embargo, nos reservamos el derecho de rechazar su solicitud. Si aceptamos su solicitud, estamos sujetos a los términos del acuerdo.**

You may also revoke this consent in writing; however, information on a treatment or service provided using this or prior consents may still be used or disclosed for the purposes of treatment, payment or healthcare operations./ **También puede revocar este consentimiento por escrito; sin embargo, la información sobre un tratamiento o servicio proporcionado utilizando este o los consentimientos previos aún se puede usar o divulgar para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica.**

*By signing this form, I grant my consent to San Diego Hand Specialists Management, Inc., to use and disclose my protected health information for the purposes of treatment, payment and health care operations./ Al firmar este formulario, otorgo mi consentimiento a San Diego Hand Specialists Management, Inc., para usar y distribuir mi información médica protegida para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica.*

---

Signature of Patient or Surrogate Decision Maker/Firma del paciente o sustituto de la toma de decisiones

---

Date/Fecha

Relationship to patient (if applicable)/Relacion al Paciente(si corresponde)

: \_\_\_\_\_

---

***For Practice Use Only***

Failure to obtain consent-check appropriate reason:

- Substantial communication barrier
- Emergency treatment
- Refusal to sign
- Other

Description: \_\_\_\_\_

**Solo para uso práctico**

Si no se obtiene el consentimiento, verifique el motivo apropiado:

- Barrera de comunicación sustancial
- Tratamiento de emergencia
- Negar a firmar
- Otro

Descripción: \_\_\_\_\_

---

Practice Signature/Firma de practica: \_\_\_\_\_

Date/Fecha: \_\_\_\_\_

Witness/Testigo: \_\_\_\_\_

Date/Fecha: \_\_\_\_\_