

Bienvenido

¡Gracias por seleccionar nuestro equipo de atención dental!
Nos esforzaremos por prestarle la mejor atención dental posible.
Para ayudarnos a satisfacer todas sus necesidades de atención dental,
llene completamente este formulario con lápiz de tinta. Si tiene alguna
pregunta o necesita ayuda, consúltenos, con gusto lo ayudaremos.

Información del Paciente (CONFIDENCIAL)

No. de paciente _____
No. de seguro social _____
Fecha _____
Teléfono particular _____
Nombre _____ Fecha de nacimiento _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado/
Provincia _____ Código Postal/
P.C. _____
Correo electrónico _____ Teléfono celular _____
Marque el cuadro correspondiente: Menor Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Separado(a)
Si es estudiante, nombre de la universidad _____ Ciudad _____ Estado/
Provincia _____ completo parcial
Paciente o empleador del paciente o tutor _____ Teléfono del trabajo _____
Dirección comercial _____ Ciudad _____ Estado/
Provincia _____ Código Postal/
P.C. _____
Cónyuge o nombre del padre o tutor _____ Empleador _____ Teléfono del trabajo _____
¿A quién le podemos agradecer por derivarlo? _____
Persona de contacto en caso de urgencia _____ Teléfono _____

Parte Responsable

Nombre de la persona responsable de esta cuenta _____ Relación con el
Paciente _____
Dirección _____ Teléfono particular _____
Correo electrónico _____ Teléfono celular _____
No. de licencia de conducir _____ Fecha de nacimiento _____ Institución financiera _____
Empleador _____ Teléfono del trabajo _____ No. de seguro social _____
¿Está persona es actualmente paciente de nuestra consulta? Sí No
Para su comodidad, le ofrecemos los siguientes métodos de pago. Marque la opción que prefiera. Pago total en cada cita:
 Efectivo Cheque personal Tarjeta de crédito VISA MasterCard Deseo analizar las políticas de pago de la consulta.

Información del Seguro

Nombre del asegurado _____ Relación con el
Paciente _____
Fecha de nacimiento _____ No. de seguro social _____ Fecha de empleo _____
Nombre del empleador _____ No. de sindicato o gremio local _____ Teléfono del trabajo _____
Dirección del empleador _____ Ciudad _____ Estado/
Provincia _____ Código Postal/
P.C. _____
Compañía de seguros _____ No. de grupo _____ Política/No. de identificación _____
Dirección de la compañía de seguros _____ Ciudad _____ Estado/
Provincia _____ Código Postal/
P.C. _____
¿De cuánto es su deducible? _____ ¿Cuánto ha usado? _____ Beneficio máximo anual _____

¿TIENE ALGÚN SEGURO ADICIONAL? Sí No

SI LA RESPUESTA ES SÍ, LLENE LO SIGUIENTE:

Nombre del asegurado _____ Relación con el
Paciente _____
Fecha de nacimiento _____ No. de seguro social _____ Fecha de empleo _____
Nombre del empleador _____ No. de sindicato o gremio local _____ Teléfono del trabajo _____
Dirección del empleador _____ Ciudad _____ Estado/
Provincia _____ Código Postal/
P.C. _____
Compañía de seguros _____ No. de grupo _____ Política/No. de identificación _____
Dirección de la compañía de seguros _____ Ciudad _____ Estado/
Provincia _____ Código Postal/
P.C. _____
¿De cuánto es su deducible? _____ ¿Cuánto ha usado? _____ Beneficio máximo anual _____

Sigue en la hoja siguiente

Antecedentes Médicos del Paciente

Médico _____ No. de teléfono de la consulta _____

- | | Sí | No | | Sí | No |
|---|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Se encuentra ahora bajo tratamiento? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. ¿Esta usando lentes de contacto? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Ha estado alguna vez hospitalizada por alguna intervención quirúrgica o enfermedad grave durante los últimos 5 años? .. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11. ¿Es alérgico o ha sufrido alguna reacción alérgica a los siguientes elementos? | | |
| Si la respuesta es sí, explique _____ | | | Anestesia Local (por ejemplo, Novocaina) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Toma algún medicamento(s) incluidos los medicamentos sin receta médica? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Penicilina o cualquier otro antibiótico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si la respuesta es sí, ¿qué medicamento(s) está tomando? | | | Medicamentos con Sulfa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Ha tomado alguna vez Fen-Phen/Redux? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Barbitúricos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Ha tomado alguna vez Fosamax, Boniva, Actonel o algún medicamento para el cáncer que contenga bisfosfonatos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sedantes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Ha tomado Viagra, Revatio, Cialis o Levitra en las últimas 24 horas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Yodo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Consumo tabaco? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Aspirina | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Usa sustancias controladas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Algún Metal (por ejemplo, níquel, mercurio, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes? | | | Látex/Goma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | Otro (pro favor enumere) _____ | | |
| | | | 12. ¿Tiene tos o aclaración de la garganta persistente no asociada con una enfermedad conocida (que haya durado más de 3 semanas)? .. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | 13. Sólo Mujeres: | | |
| | | | a) ¿Está actualmente embarazada o cree que pueda estarlo? .. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | b) ¿Está amamantando? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | c) ¿Está tomando anticonceptivos orales? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

	Sí	No		Sí	No		Sí	No
Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiopatía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataque Cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marcapasos Cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quedar Fácilmente sin Aliento ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soplo Cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Derrame Cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinchazón de Tobillos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre del Heno/Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desmayo/Ataques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cansancio Frecuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Radioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión Arterial Baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia/Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de Peso Reciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leucemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Hepática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Implante o Reemplazo de Articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas al Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis/Ictericia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas Respiratorios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIDA o Infección de VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de transmisión sexual ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prolapso de la Válvula Mitral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problema de Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas Estomacales/Úlceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros _____		

Antecedentes Dentales del Paciente

Nombre y Ubicación del Dentista Anterior _____

- | | Sí | No | | Sí | No |
|--|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Sangran sus encías mientras se cepilla o usa la seda dental? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Sus dientes son sensibles a los alimentos o líquidos calientes o fríos? .. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. ¿Aprieta o rechina los dientes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Sus dientes son sensibles a los alimentos o líquidos dulces o amargos? .. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. ¿Se muerde los labios o mejilla con frecuencia? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Siente dolor en alguno de sus dientes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11. ¿Ha tenido extracciones difíciles en el pasado? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Tiene alguna llaga o bulto en la boca o alrededor de ella? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12. ¿Ha tenido alguna vez alguna hemorragia prolongada después de una extracción? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Ha tenido lesiones en la cabeza, cuello o mandíbula? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 13. ¿Ha tenido algún tratamiento de ortodoncia? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Ha experimentado alguno de los siguientes problemas en su mandíbula? | | | 14. ¿Usa prótesis totales o parciales? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Chasquido | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si la respuesta es sí, fecha de postura _____ | | |
| Dolor (articulación, oído, costado de la cara) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 15. ¿Ha recibido alguna vez instrucciones de higiene bucal concerniente al cuidado de sus dientes y encías? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dificultad para abrirla o cerrarla | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 16. ¿Le gusta su sonrisa? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dificultad para masticar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |

Autorización y Entrega de Información

Certifico que he leído y que comprendo la información anterior, a mi entender. Las preguntas anteriores se han contestado en forma precisa. Comprendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud. También autorizo al dentista a entregar cualquier información incluido el diagnóstico y registros de cualquier tratamiento o exámenes prestados a mi o a mi hijo durante el periodo de dicha atención dental a terceros pagadores y/o a otros profesionales de la salud. Autorizo y solicito a mi compañía de seguros a pagar directamente al dentista o al grupo de dentistas los beneficios del seguro o de lo contrario pagaderos a mi persona. Comprendo que mi compañía de seguros dental puede pagar menos que la boleta real por los servicios. Acepto hacerme responsable de los pagos de todos los servicios prestados en mi nombre o mis cargas.

X
Firma del paciente (o padre/tutor si es menor de edad) _____ Fecha _____

Comentarios del médico _____
Firma _____ Fecha _____



Wine Country
FAMILY DENTAL

Nombramiento Rotas/ Politica de Cancelacion

Bienvenido a Wine Country Family Dental! Respetamos su tiempo y le gustaria hacer de su visita a nuestra oficina lo mas eficiente posible. Estamos muy contentos de brindarle a usted y ya su familia con el cuidado dental pendientes.

Sobre la cita Roto/ Politica de Cancelacion

Si no se presenta para un programado cita, todas las citas futures que pueda tener progamada se cancelara. Le pedimos que por favor, avisenos lo mas pronto posible si usted no puede asistir a su cita. **Un cargo de \$50.00 debra abonarse por cualquier nombramiento roto o cancela con menos de 24 horas de anticipacion.**

He leido y entiendo la politicade occidental cita dental roto.

Firma del Paciente: _____, Fecha, _____
(Firma del padre/tutor legal si es menor de Edad.)

*******Por favor marquee la major manera de confirmer sus citas:**

Telefono de laCasa Telefono de Trabajo Celulares de Texto o Correo Electronico

Por favor de indicar con ese numero de telefono o correo electronico:

Wine Country Family Dental

Políticas para Pacientes

Planes De Pago en Oficina

Necesitaremos **2 talones de cheque actual** del paciente . Un pago inicial será necesario cuando empezamos su tratamiento, El pago inicial es de \$250 dólares **y arriba**, dependiendo de qué tratamiento se necesita. *(Sólo se permiten hasta 9 meses sin intereses, Le dejaremos saber cuántos meses será permitido una vez que sabemos lo que se debe hacer).*

Usted también necesitará tener una tarjeta de crédito o débito, sus pagos mensuales serán procesadas automáticamente en el día que usted elija. *(Días a elegir son el primero, 5th, 10th, 15th, 20th o el 25th)*

***Si durante la duración de los pagos, usted debería perder su tarjeta en el archivo o en caso de que caduque, es su responsabilidad llamar o venir a nuestra oficina para actualizar su información*.**

Esta es una gran opción para muchos de nuestros pacientes! ****Por favor tenga en cuenta que si un pago es negada y usted no ha dado aviso previo en cuanto a por qué un pago no puede realizarse a tiempo, podrían eliminar potencialmente le ofreció un plan de pago dentro de nuestra oficina en el futuro.**

_____ Iniciales Del Paciente

Póliza De Seguros

Nosotros presentaremos una reclamación a su seguro para cualquier procedimiento como una cortesía para nuestros pacientes. También llamaremos a su seguro para obtener un desglose básico, pero en última instancia, usted es totalmente responsable del costo del tratamiento, si la compañía de seguros no realiza el pago.

**** Razones por las cuales el seguro podría negar la reclamación podría ser: plan terminado, no un beneficio cubierto, no un código cubierto, límites de edad, falta de cláusula dental, coordinación de beneficios o por cualquier otro motivo ****

Es su responsabilidad conocer la política de su plan.

También estamos más que felices de enviar una pre-determinación a su seguro para asegurarnos de que es un beneficio, y cuánto van a pagar (tendrá que permitir 2-4 semanas para que las preautorizaciones sean aprobadas o denegadas)

_____ Iniciales del paciente

Celulares

Los teléfonos celulares no están permitidos durante su cita de tratamiento, le pedimos que por favor, póngalos en "silencio" y en su bolso o fuera a un lado mientras que el Dr. Schutte está en el cuarto de operaciones con usted. Hay muchos instrumentos afilados y pequeños y su seguridad es nuestra preocupación número uno. El asistente puede entregar su teléfono celular de nuevo a usted tan pronto como su tratamiento se ha completado.

_____ Iniciales del paciente

CareCredit

Ofrecemos CareCredit aquí! Podemos ayudarle a llenar la solicitud y procesarla; sólo se tarda 5 minutos para obtener aprobado. Una vez que se apruebe, y dependiendo de cuánto necesitará usar; nos permiten procesar 6 meses, 12 meses, 18 meses o hasta 24 meses sin intereses pagos!

Firma del Paciente / Guardián: _____ Fecha: _____

La Escala de Somnolencia Epworth

La Escala de Somnolencia Epworth es ampliamente utilizado en el campo de la medicina del sueño como una medida para la somnolencia de un paciente. La prueba es una lista de ocho situaciones en las que califica a su tendencia a convertirse en sueño en una escala de 0, no hay posibilidad de dormitando, a 3, alta probabilidad de dormitando. Cuando termine la prueba, se suman los valores de sus respuestas. Su puntuación total se basa en una escala de 0 a 24. Estimaciones de escala si está experimentando somnolencia excesiva que posiblemente requiera atención médica.

Cómo soñoliento es usted?

¿Qué tan probable es que usted pueda dormirse o quedarse dormido en las siguientes situaciones? Usted debe evaluar sus posibilidades de quedarse dormido, no sólo la sensación de cansancio. Incluso si no lo has hecho algunas de estas cosas recientemente tratar de determinar la forma en que habrían afectado a usted. Para cada situación, decidir si o no usted tendría:

- No hay posibilidad de dormitando = 0
- Poca Probabilidad de dormitando = 1
- Probabilidad moderada de dormitando = 2
- Alta probabilidad de dormitando = 3

Escriba el número correspondiente a su elección en la columna de la derecha. Sume el total de abajo

Situación	Probabilidad de quedarse dormido
Sentado y leyendo	*
Viendo la televisión	*
Sentado inactivo en un lugar público (por ejemplo, un teatro o una reunión)	*
Como pasajero en un coche durante una hora sin interrupción	*
Acostarse para descansar en la tarde, cuando las circunstancias lo permitan	*
Sentarse y hablar con alguien	*
Sentado tranquilamente después de un almuerzo sin alcohol	*
En un coche, mientras que se detuvo por unos minutos en el tráfico	*

Puntaje Total _____

Analizar su puntaje Interpretación:

0-7: Es poco probable que usted está anormalmente somnoliento.

8-9: Usted tiene una cantidad media de sueño durante el día

10-15: Puede ser excesivamente somnoliento dependiendo de la situación. Es posible que desee considerar la búsqueda de atención médica.

16-24: Usted es excesivamente somnoliento y debe considerar la búsqueda de atención médica

Referencia: Johns MW. Un nuevo método para medir la somnolencia diurna: La Escala de Somnolencia Epworth. Sleep 1991; 14 (6): 540-5

Nombre del Paciente: _____ Número de Archivo _____ Fecha: _____



AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Wine Country Family Dental mantendrá un registro de los servicios dental que le proporcionamos. Usted puede pedir ver y copiar ese récord. Usted también puede pedir corregir ese récord. No revelaremos su expediente a los demás a menos que nos lo indique, o a menos que la ley autoriza o nos obliga a hacerlo. Usted puede ver su expediente o conseguir más información contactando a nuestro gerente de la oficina.

Nuestro aviso de prácticas de privacidad describe con más detalle cómo su información dental puede utilizarse y divulgarse y cómo puede acceder a su información.

Con mi firma abajo yo confirmo que yo a recibo de la Notificación de Prácticas de Privacidad

Paciente o firma legal del individual autorizado

Fecha

El nombre escrito si firmó en nombre del paciente

Relación (Padres, Tutor Legal, Etc.)

Por favor indique el individual(s) permitido llamar, discutir o confirmar sus citas y o su record:

Nombre(s)

Relación (Esposa(o), Padres, Hermano)

No quiero compartir alguna información con nadie, excepto yo mismo.

Iniciales

Yo decido no tomar mi copia de la política de privacidad.

Iniciales

DECLARACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

WINE COUNTRY FAMILY DENTAL

Nuestra oficina está dedicada a proteger los derechos de privacidad de nuestros pacientes y el carácter confidencial de la información que se nos ha confiado. Es un requisito de esta práctica que cada trabajador reciba una formación adecuada y está dedicada al principio el concepto de que su información de salud nunca estará en peligro. Podemos, de vez en cuando, modificar nuestras políticas de privacidad y prácticas, pero siempre va a informarle de cualquier cambio que pueda afectar a nuestras obligaciones y sus derechos.

PROTEGIENDO SU INFORMACIÓN SANITARIA

Podemos utilizar y divulgar la información que recogemos de usted sólo según lo permitido por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos y el estado de Washington. Esto incluye cuestiones relacionadas con su tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud. Su información de salud personal nunca será lo contrario dada o revelada a nadie -ni siquiera los miembros de la familia -sin su consentimiento o autorización por escrito. Usted, por supuesto, podrá conceder la autorización escrita para nosotros revelaremos su información a la persona que usted elija, para cualquier propósito.

Nuestras oficinas y sistemas electrónicos estén protegidos de accesos no autorizados y nuestros empleados están entrenados para asegurarse de que la confidencialidad, la integridad y el acceso a sus registros siempre está protegido. Nuestra política y prácticas de privacidad se aplican a todos los antiguos, actuales y futuros pacientes, así que usted puede estar seguro de que su información de salud protegida nunca será revelada indebidamente o liberados.

RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI)

Sólo podremos solicitar información personal necesaria para proporcionar nuestro estándar de la atención de salud de calidad, implementar las actividades de pago, llevar a cabo operaciones normales de la práctica de la salud y cumplir con la ley. Esto puede incluir su nombre, dirección, número de teléfono(s), número de la Seguridad Social, los datos sobre el empleo, el historial médico, registros sanitarios, etc. mientras que la mayoría de la información se recopila de usted, podremos obtener la información estará siempre protegida con todo el rigor de la ley.

DIVULGACIÓN DE SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Como se ha señalado anteriormente, podemos divulgar su información según lo requerido por la ley. Estamos obligados a proporcionar información a la policía y a los funcionarios gubernamentales en determinadas circunstancias. No utilizaremos su información para su comercialización o fines de recaudación de fondos sin su consentimiento por escrito. Podremos usar o divulgar su información de salud para comunicar avisos acerca de sus citas incluyendo mensajes de correo de voz, contestador y postales directo a menos que usted nos indique lo contrario. Nunca vamos a usar, revelar, vender, o no permitir el acceso a sus datos personales, a cambio de información protegida o recibo de remuneración financiera.

SUS DERECHOS COMO PACIENTE DE NUESTRA

Usted tiene derecho a solicitar copias de su información de salud; para solicitar copias impresas en una gran variedad de formatos; y para solicitar una lista de casos en los que nosotros, o nuestros socios de negocios, han divulgado su información protegida para otros usos que los indicados anteriormente. Todas las solicitudes deben presentarse por escrito. Se puede cobrar por las copias en una cantidad permitida por la ley. Si usted cree que sus derechos han sido violados, le pedimos que nos lo comunique de forma inmediata. También puede notificar al Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Una expandida y copia completa de nuestra Declaración de Privacidad, está disponible para su revisión.

WINE COUNTRY FAMILY DENTAL
6225 BURDEN BLVD. PASCO, WASHINGTON 99301 (509) 547-3000

**POR FAVOR DEJE QUE EL RECEPCIONISTA DE LA OFICINA DELANTERO SABE SI
LE GUSTARÍA UNA COPIA IMPRESA PARA SUS REGISTROS**