

Forma para el Campamento SIBS 2019

(Especiales e importantes hermanos y hermanas)

Esta aplicación también está disponible en internet. Visite www.okizu.org/apply para aplicar.

- Se trata de un campamento libre de costo para niños del norte de California entre las edades de 6-17 quienes tienen o han tenido un hermano/a con cáncer pediátrico.
- Por favor llene una forma por cada niño. Llame a la oficina de Okizu o haga fotocopias si necesita más formas.
- Asegúrese de que el nombre de su hijo está en la parte superior de cada página de esta aplicación.
- La aplicación ahora requiere información de la historia de salud. Todas las 10 páginas deben ser completadas antes de poder presentar la solicitud.

Nombre del niño/a: _____ Edad: _____

Dirección de envió: _____ Grado en otoño: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Condado: _____ Teléfono de casa: (_____) _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Género: _____

Padre/Guardián #1

Nombre: _____ Teléfono de casa: (_____) _____

Dirección de envió: _____

Email: _____ Teléfono de celular: (_____) _____

Empleador: _____ Teléfono de trabajo: (_____) _____

Padre/Guardián #2

Nombre: _____ Teléfono de casa: (_____) _____

Dirección de envió: _____

Email: _____ Teléfono de celular: (_____) _____

Empleador: _____ Teléfono de trabajo: (_____) _____

Estado familiar: ____ Casado ____ Divorciado ____ Apartado ____ Madre Soltera ____ Padre Soltero ____ Otro

Custodia del niño(a): ____ Madre ____ Padre ____ Juntos ____ Abuelo/a(s) ____ Guardián(s) ____ Otro

Información de Contacto de Emergencia Adicional

En caso de emergencia siempre a llamamos los padres/guardián primero. Si no podemos comunicar con usted, necesitamos dos personas adicional que pueden ser contactados en caso de emergencia. Por favor, no se ponga usted mismo o su esposo/a como el contacto de emergencia.

Contacto de Emergencia #1

(Debe ser alguien diferente de los anteriores.)

Nombre completo: _____ Relación: _____
Primer Apellido

Teléfono de celular: (_____) _____ Teléfono de casa: (_____) _____

Contacto de Emergencia #2

(Debe ser alguien diferente de los anteriores.)

Nombre completo: _____ Relación: _____
Primer Apellido

Teléfono de celular: (_____) _____ Teléfono de casa: (_____) _____

Nombre del niño/a: _____

Información de Paciente con Cáncer

Por favor complete toda esta información incluso si el paciente ya no está en tratamiento.

Nombre del niño/a con cáncer: _____

Diagnóstico de cáncer: _____

Fecha del diagnóstico: _____ Fecha(s) de cualquier recaída(s): _____

Medico oncólogo: _____

Instalación de tratamiento de cáncer (seleccione todas que apliquen):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> California Pacific Medical Center, San Francisco | <input type="checkbox"/> John Muir Medical Center, Walnut Creek |
| <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente Oakland Medical Center | <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente Roseville Medical Center |
| <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente Santa Clara Medical | <input type="checkbox"/> Lucile Packard Children's Hospital at Stanford |
| <input type="checkbox"/> Sutter Medical Center, Sacramento | <input type="checkbox"/> UC Davis Medical Center, Sacramento |
| <input type="checkbox"/> UCSF Benioff Children's Hospital Oakland | <input type="checkbox"/> UCSF Benioff Children's Hospital San Francisco |

Otro: _____

Etapa de tratamiento: En tratamiento Sin tratamiento Nuestra familia está en luto

Si fuera de tratamiento, cuanto tiempo sin tratamiento: _____

2019 Fechas de las Sesiones del Campamento de SIBS

Por favor, marque una opción.

Junio 17 – 23 Junio 24 – 30 Julio 8 – 14 Julio 15 – 21

Talla de Camisa para el Campista

Juvenile: Chico Mediano Grande

Adulto: Chico Mediano Grande XL 2XL

Asistencia Pasado

Ha asistido su higo al campamento de SIBS de Okizu antes? _____ En caso afirmativo, cuantas veces? _____

Ha asistido su hijo al campamento familiar de Okizu antes? _____ En caso afirmativo, cuantas veces? _____

Como oíste de Okizu? Por favor, marque lo que aplica. Doctor Enfermera Asistente Socialo

Internet Otro (por favor especifica): _____

Transportación

Ofrecemos transporte en autobús de ida y vuelta desde los siguientes cuatro lugares, o si prefiere, puede conducir a su hijo(a) al campamento. Campamento Okizu se encuentra a 70 millas al noreste de Sacramento.

El lunes, el primer día del campamento, me gustaría que mi hijo viajara en el autobús al campamento en la parada de:

Palo Alto East Bay Sacramento Fairfield Ninguna, voy a conducir mi hijo al campamento.

El domingo, el último día del campamento, me gustaría que mi hijo viajar en el autobús desde el camp a la parada de:

Palo Alto East Bay Sacramento Fairfield Ninguna, voy a recoger a mi hijo del campamento.

Okizu, 83 Hamilton Drive, Suite 200, Novato, CA 94949 TEL 415.382.9083 FAX 415.382.8384 enrollment@okizu.org

Okizu Campamento de Oncología Formulario de Historial Medico

Por favor complete el siguiente formulario de antecedentes de salud como parte de la solicitud de su hijo. Es esencial que tengamos la información de salud actual con el fin de garantizar la seguridad y bienestar de los niños durante su estancia en Okizu. Este año vamos a requerir una forma médica para los campos de SIBS que no tienen las condiciones que requieren tratamiento, restricciones o otro alojamiento durante su estancia en el campamento. Si su niño requiere una segunda forma lo enviaremos en su paquete de aceptación y requerirá la firma de un médico. Si necesita más espacio, por favor continúe sus comentarios en una hoja de papel aparte.

Altura: _____ pies y pulgadas **Peso:** _____ lbs **Ultima fecha de examen:** (si se conoce) _____

Alergias y Restricciones en la Dieta

Tiene su hijo cualquier alergia? _____ Sí _____ No

En caso afirmativo, es alérgico a: Comida Medicina El ambiente (las picaduras de insectos, fiebre de heno, etc.) Otro

Por favor, describe lo que es alérgico a y lo que a observado la reaccion: _____

Su hijo requiere una EpiPen? _____ Sí _____ No

En caso afirmativo, indique los detalles acerca de la anafilaxia de su hijo/a, incluyendo la fecha y la descripción de la reacción: _____

**Envía un EpiPen que no haya caducado al campamento con su hijo.*

Tiene su hijo alguna restricción alimenticia? _____ Sí _____ No

En caso afirmativo, por favor explique: _____

**Podemos acomodar fácilmente a los vegetarianos y los niños con una preferencia sin carne roja. Si su hijo tiene otras restricciones dietéticas por favor comuníquese con la oficina de Okizu para discutir.*

Medicamentos y Tratamientos

1. No podemos prescindir ningún medicamento que no este en un contenedor de prescripción, así que por favor envíe encase original. Se devolverán los medicamentos restantes.
2. Debido a la gran cantidad de medicamento que tenemos que prescindir en el campamento, le pedimos que envíe solo lo esencial. No hay vitaminas diarias, durante los analgésicos de venta libre, o descongestionantes. Tenemos una oferta de estos medicamentos y le prescindir de ellos si es necesario.
3. Los medicamentos se dan en el desayuno, el almuerzo, la cena, y el tiempo a menos que sea absolutamente necesario en otros momentos específicos cama.
4. Para los antibióticos o otros medicamentos tomados por un tiempo limitado (por ejemplo, 1-20 días) tenga en cuenta día comenzó.

Su hijo va tomar cualquier medicamento mientras que en este en el campamento? _____ Sí _____ No

**Medicina debe ser llevado al campamento en su embalaje original.*

Fuerza y nombre de medicamento:

Cantidad:

Frecuencia:

1. _____ Desayuno____ Almuerzo____ Cena____ Hora de Acostarse____

2. _____ Desayuno____ Almuerzo____ Cena____ Hora de Acostarse____

3. _____ Desayuno____ Almuerzo____ Cena____ Hora de Acostarse____

4. _____ Desayuno____ Almuerzo____ Cena____ Hora de Acostarse____

Nombre del niño/a: _____

Los siguientes medicamentos pueden ser administrados para su hijo, segun sea necesario, si se considera necesario, por el personal medico del campamento. Medicamentos utilizados en Okizu incluyen:

Acetaminophen (*Tylenol*), ibuprofen (*Advil, Motrin*), antihistamines (*Benadryl, Claritin, Zyrtec* etc.), cominacion pastillas para la tos, medicamentos para el resfriado, aerosol de garganta, antiacidos, laxantes para el estreñimiento, Pepto- Bismol, aloe, crema antibiotic, locion de calamine, una crema de hidrocortisona, repelente de insectos, aerosol para quemaduras de sol, protector solar y shampoo para piojos.

Si su hijo no puede tomar cualquiera de estos medicamentos, por favor escriba a continuación, con la razón por la que el medicamento no se puede utilizar: _____

Su hijo va ocupar tratamiento mientras este en el campamento? _____ Sí _____ No
En caso afirmativo, explique qué tipo de tratamiento(s) se debe dar a su hijo, incluyendo la frecuencia? _____

Tomas u hijo regularmente algún medicamento que no se tomara en el campamento? _____ Sí _____ No
En caso afirmativo, explique qué medicamentos que su hijo toma regularmente y por qué se toman. _____

Historial de Inmunizacion

Por favor adjunte una copia de la cartilla de vacunación de su hijo, o ponja la fecha de vacunación más reciente de du hijo:

Vacuna:	Fecha:	mes/año	mes/año	mes/año	mes/año	mes/año
Diptheria, Pertussis, Tetanus (TdaP or DTdaP)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Tetanus booster (dT or TdaP)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
MMR (Measels, Mumps, Rubella)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Polio (IPV/OPV)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Haemophilus Influenza B (HIB)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
PCV (Pneumococcal)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Hepatitis A	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Hepatitis B	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Chicken Pox (Varicella)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Meningococcal Meningitis (MCV4)	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Si su hijo no ha sido totalmente inmunizado o ha tenido alguna de las enfermedades mencionadas, por favor explique. Por favor incluya fechas y detalles. _____

Ha tenido su hijo una prueba de la tuberculosis? _____ Yes _____ No

Fecha de la más reciente prueba de tuberculosis? _____ / _____ / _____

Cual fue el resultado de la prueba de la tuberculosis más reciente de su hijo? _____ Positivo _____ Negativo

Si es positivo, por favor explique: _____

Historial de Salud en el Campamento de SIBS en Okizu

Su hijo experimenta, o está experimentando actualmente, cualquiera de la siguientes condiciones?

Para cualquiera de las preguntas con una respuesta "sí," por favor infórmenos si la condición se requiere tratamiento, restricciones o otro alojamiento mientras su hijo está en el campamento Okizu. Por favor sea específico y si necesita más espacio adjunte una hoja de papel.

Tiene su hijo ADD/ADHD? _____ Sí _____ No

En caso afirmativo, están actualmente en la medicación? _____ Sí _____ No

En caso afirmativo, van a estar en la medicación mientras se encuentran en el campamento? _____ Sí _____ No

Por favor explique cualquier problema en relación con el diagnóstico de ADD/ADHD que debemos saber sobre: _____

Su hijo tiene problemas de comportamiento? _____ Sí _____ No

En caso afirmativo, por favor explique. Se requieren tratamiento, restricciones, o adaptaciones mientras están en el campamento?

Su hijo tiene retrasos en el desarrollo o problemas de salud mental? _____ Sí _____ No

En caso afirmativo, por favor explique. Se requieren tratamiento, restricciones, o adaptaciones mientras están en el campamento?

Su hijo tiene depresión o un trastorno del alimentación? _____ Sí _____ No

En caso afirmativo, por favor explique: _____

Su hijo tiene asma? _____ Sí _____ No

En caso afirmativo, es la condición leve, moderada o grave? Es provocada por algo? _____

En caso afirmativo, tiene que llevar un inhalador con ellos? _____

En caso afirmativo, que más necesitamos saber sobre el asma? _____

Su hijo tiene problemas para respirar, tos, o enfermedad pulmonar? _____ Sí _____ No

En caso afirmativo, por favor explique: _____

Su hijo tiene convulsiones o epilepsia? _____ Sí _____ No

En caso afirmativo, con qué frecuencia y cuál es la fecha de la última convulsión? _____

En caso afirmativo, van a estar en la medicación mientras se encuentran en el campamento? _____

En caso afirmativo, que más necesitamos saber acerca de las convulsiones? _____

Su hijo se desmaya o tiene apagones? _____ Sí _____ No

En caso afirmativo, por favor explique: _____

Su hijo tiene problemas de movilidad, dificultad para caminar, tirantes, etc.? _____ Sí _____ No

En caso afirmativo, por favor explique: _____

Su hijo utiliza una silla de ruedas? _____ Sí _____ No

En caso afirmativo, que porcentaje del tiempo hacen que pase en la silla de ruedas? _____

En caso afirmativo, hay algo adicional que necesitamos saber? Van a requerir tratamiento, restricciones, o adaptaciones mientras se encuentran en el campamento? _____

Su hijo tiene una prótesis o prótesis articulares? _____ Sí _____ No

En caso afirmativo, por favor describa la ubicación de prótesis y de cualquier tratamiento, restricciones, o adaptaciones que se necesitan mientras están en el campamento: _____

Nombre del niño/a: _____

Su hijo tiene pesadillas o terrores nocturnos? _____ Sí _____ No

En caso afirmativo, por favor explique: _____

Su hijo moja la cama o sonámbulos? _____ Sí _____ No

En caso afirmativo, con qué frecuencia? Por favor explique: _____

Su hijo tiene una conmoción cerebral o tiene Dolores de cabeza? _____ Sí _____ No

En caso afirmativo, por favor explique: _____

Su hijo tiene discapacidad visual (usa lentes, contactos, etc.)? _____ Sí _____ No

En caso afirmativo, por favor explique: _____

Su hijo tiene problemas de hablar? _____ Sí _____ No

En caso afirmativo, por favor explique: _____

Su hijo tiene problemas de la audición o del oído _____ Sí _____ No

En caso afirmativo, por favor explique: _____

Su hijo tiene frenos, gorras o los puentes dentales? _____ Sí _____ No

En caso afirmativo, por favor explique: _____

Su hijo se siente nostalgia para el hogar? _____ Sí _____ No

En caso afirmativo, por favor explique: _____

Su hijo tiene dolor de cuello o lesión? _____ Sí _____ No

En caso afirmativo, por favor explique: _____

Su hijo tiene dolor de pecho? _____ Sí _____ No

En caso afirmativo, por favor explique: _____

Su hijo tiene dolor de espalda o lesiones? _____ Sí _____ No

En caso afirmativo, por favor explique: _____

Su hijo tiene problemas intestinales (Crohn's/Colitis/Estreñimiento/Diarreal/Ulcera)? _____ Sí _____ No

En caso afirmativo, por favor explique: _____

Su hijo tiene enfermedad del riñón? _____ Sí _____ No

En caso afirmativo, por favor explique: _____

Su hijo tiene infección del tracto urinario crónica? _____ Sí _____ No

En caso afirmativo, por favor explique: _____

Su hijo tiene infecciones sensuales crónicas? _____ Sí _____ No

En caso afirmativo, por favor explique: _____

Su hijo tiene diabetes? _____ Sí _____ No

En caso afirmativo, indique la fecha del diagnóstico y a atención requerida: _____

Su hijo tiene enfermedad del corazón? _____ Sí _____ No

En caso afirmativo, por favor explique: _____

Su hijo tiene alta presión sanguínea? _____ Sí _____ No

En caso afirmativo, por favor explique: _____

Su hijo tiene una hernia? _____ Sí _____ No

En caso afirmativo, por favor explique: _____

Nombre del niño/a: _____

Su hijo tiene dificultades menstruales? _____ Sí _____ No

En caso afirmativo, por favor explique: _____

Su hijo tiene un trastorno hemorrágico? _____ Sí _____ No

En caso afirmativo, por favor explique: _____

Su hijo tiene problemas de la piel? _____ Sí _____ No

En caso afirmativo, por favor explique: _____

Su hijo tiene autismo? _____ Sí _____ No

En caso afirmativo, por favor explique: _____

Su hijo tiene Síndrome de Down? _____ Sí _____ No

En caso afirmativo, por favor explique: _____

Su hijo tiene SIDA/ARC? _____ Sí _____ No

En caso afirmativo, por favor explique: _____

Su hijo ha tenido o tiene hepatitis C? _____ Sí _____ No

En caso afirmativo, por favor explique: _____

Ha tenido su hijo o tiene mononucleosis (pasado 1 año)? _____ Sí _____ No

En caso afirmativo, por favor explique: _____

Su hijo ha tenido o tiene escarlatina? _____ Sí _____ No

En caso afirmativo, por favor explique: _____

Su hijo ha viajado fuera del país en los últimos 9 meses? _____ Sí _____ No

En caso afirmativo, indique los países y las fechas: _____

Su hijo ha tenido alguna operación? _____ Sí _____ No

En caso afirmativo, por favor explique la operación(s) incluyendo la fecha(s): _____

**Es importante tener en cuenta si la operación previa afectara la salud de su hijo mientras que en el campamento.*

Ha sido su hijo hospitalizado por una lesión grave? _____ Sí _____ No

En caso afirmativo, por favor explique la razón por la hospitalización o el daño grave y las fechas en que se produjeron: _____

**Es importante tener en cuenta cualquier signo de enfermedad que el personal del campamento debe tener cuidado con.*

Ha estado expuesto a su hijo a cualquier enfermedades transmisibles en los últimos 3 meses? _____ Sí _____ No

En caso afirmativo, explique qué enfermedad(es) que su hijo ha estado expuesto a, y cuando ocurrió la exposición: _____

Su hijo tiene alguna restricción en la actividad? _____ Sí _____ No

En caso afirmativo, sírvase explicar que actividades deben ser restringidos y arreglos especiales que deben hacerse: _____

Su hijo necesita ayuda especial, mientras que en el campamento (vestirse, bañarse, usar el baño, etc.)? _____ Sí _____ No

En caso afirmativo, por favor explique que se requerirá la asistencia: _____

Hay problemas acerca de custodia que debemos saber? _____ Sí _____ No

En caso afirmativo, por favor explique. Por favor sea específico: _____

Nombre del niño/a: _____

Su hijo ha experimentado acontecimientos vital estresantes en el último año (*la muerte de un familiar, amigo o mascota, divorcio, matrimonio, despliegue*)? _____ Sí _____ No

En caso afirmativo, por favor describa: _____

Por favor infórmenos de cualquier otra condición de salud, mental o física, que requieren tratamiento, restricciones o otras acomodaciones mientras su hijo está en el campamento Okizu. Por favor sea específico.

Hay algo más que usted quisiera saber sobre su hijo? _____

Seguro de Salud y Información de Médico

Información de Médico

Oncólogo pediátrico del niño: _____ **Número de teléfono:** (_____) _____

Pediátrico/ Médico del niño: _____ **Número de teléfono:** (_____) _____

Seguro de Salud – adjunte una copia de su tarjeta de seguro o complete lo siguiente:

Tiene seguro médico? _____ Sí _____ No

Nombre complete del titular de la póliza: _____

Número de teléfono del titular de la póliza: _____

Nombre del empleador (si asegurado a través de la empresa): _____

Compañía de Seguros/Nombre del plan: _____

Número de teléfono de la compañía de seguros: _____

Numero de póliza de su seguro: _____

Nombre del grupo de seguros o número: _____

Campamento de SIBS Autorización de Consentimiento para el Tratamiento de Menores Reinicia Medica

Yo el padre de, _____, un menor. Autorizo al personal de Okizu a (i) el consentimiento a cualquier examen de rayos X, anestesia, diagnóstico médico, dental o quirúrgico o tratamiento y la atención hospitalaria que se considere aconsejable por cualquier médico, dentista o cirujano; y (ii) obtener una copia de cualquiera de los registros de salud de mi hijo y para comunicarse y recibir información de cualquiera de los proveedores de salud de mi hijo sobre el estado de salud de mi hijo o de la historia.

Entiendo que se tomarán las medidas razonables para salvaguardar la salud y seguridad de los campistas y que me notificará tan pronto como sea posible en caso de una emergencia. Sin embargo, en caso de enfermedad o accidente de mi hijo, no voy a sostener Campamento Okizu, la Fundación Okizu, o cualquiera de sus directores, empleados o agentes responsables por daño a mi hijo. Esta autorización permanecerá en efecto hasta que sea revocada por escrito.

Escribe su Nombre: _____ **Fecha:** _____

Firma: _____ **Relación:** _____

**Si por razones religiosas o de otro tipo que no se puede firmar esto, póngase en contacto con el campamento para una exención legal que debe ser firmado por la asistencia.*

Información Demográfica

Las siguientes preguntas son opcionales y sólo serán utilizadas para obtener financiación de fundaciones que requieren de este tipo de información demográfica.

Etnicidad	<input type="checkbox"/> Afroamericano	Nivel de Ingresos Anualmente	<input type="checkbox"/>	Menos de \$24,999
	<input type="checkbox"/> Asiático o Islas Pacíficas		<input type="checkbox"/>	\$25,000 - \$49,999
	<input type="checkbox"/> Caucásico		<input type="checkbox"/>	\$50,000 - \$74,999
	<input type="checkbox"/> Hispano o Latino		<input type="checkbox"/>	\$75,000 - \$99,999
	<input type="checkbox"/> Nativo Americano		<input type="checkbox"/>	\$100,000 - \$124,999
	<input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/>	\$125,000 - \$149,999

Fotos

Al participar en los programas de Okizu, usted está autorizando a nosotros usar fotos o videos de usted o su familia en nuestros folletos, en nuestro sitio web, o de cualquier otro material de recaudación de fondos o de relaciones públicas. Si usted no nos desea utilizar sus imágenes, es necesario presentar un formulario de **“Sin foto Autorización” con nuestra oficina. Es necesario renovar esta forma cada año.** Por favor llame o por correo electrónico a nuestra oficina para obtener este formulario.

Paquete de Aceptación

Una vez que esta solicitud s procesada y aprobada, usted recibirá un paquete de aceptación vía correo electrónico o por correo EE.UU.

¿Cómo le gustaría recibir los materiales de aceptación? Por correo electrónico Por correos de EE.UU.

Si usted elige correo electrónico, por favor asegúrese de que ha proporcionado una dirección de correos electrónicos legibles en la primera página.

¿Prefiere recibir los materiales de aceptación en español? Sí No

Nos Encantaría Contar con su Ayuda

De vez en cuando necesitamos voluntarios para ayudar con la recaudación de fondos, para representar Okizu en eventos de networking, etc. y nosotros nos encantarían tener su ayuda. Si a usted le gustaría ser añadido a la lista de personas a las que nos ponemos en contacto cuando necesita ayuda, por favor seleccione las áreas con las que usted está dispuesto ayudar.

- _____ Hablando sobre Okizu
- _____ Escribiendo letras sobre Okizu
- _____ Entrevistas
- _____ Oportunidades con la media

- _____ Ayunado con mesas para Okizu
- _____ Ser representante de Okizu en eventos
- _____ Eventos para sacar dinero para Okizu
- _____ Otro

Acuerdo del Padre/Guardián

Yo, _____ estoy de acuerdo a lo siguiente:
(Nombre de padre/guardián)

- Certifico que toda la información en esta solicitud es verdadera y correcta.
- Estoy de acuerdo en cumplir las reglas y la filosofía de Okizu.
- Le he informado de todas las alergias y/o enfermedades, físicas y mentales que requieren tratamiento, restricciones e intervención mientras mi hijo(a) asiste al Campamento Okizu.
- Yo revisaré las reglas y direcciones de las expectativas de comportamiento en Okizu con mi niño antes de su estadía en el campamento.

Debido a que no hay transporte regular, si por alguna razón se determina por el personal de Okizu si mi hijo tiene que salir antes del final de su sesión, estoy de acuerdo que soy responsable de su transporte desde Okizu plazo de 12 horas.

Firma del padre o guardián: _____ Fecha: _____

Escriba su nombre: _____

Comentarios Adicionales: _____

Mande aplicaciones completas a la oficina Okizu en la siguiente dirección.