

Información del Paciente Se debe completar este formulario para todos los pacientes

Nombre: _____ **Fecha:** _____
Apellido Primer Segundo

Doctor Familiar: _____

How did you hear about us? _____

Razón por su visita: _____ **Primary Care Physician:** _____

Fecha de nacimiento: _____ **Sexo:** M ___ F ___ **Número de Seguro Social:** _____

Domicilio: _____
Ciudad Estado Código Postal

Número de teléfono: Casa: _____ **Celular:** _____ **Trabajo:** _____

Podemos dejar mensaje en: Casa ___ Celular ___ Trabajo ___ **Farmacia de preferencia:** _____

Nombre de Empresa/Trabajo _____ **Dirección:** _____
Ciudad Estado Código Postal

Correo Electrónico: _____ **Le Gustaría acceso a su información por internet:** Si ___ No ___
P. ej.: para solicitar una cita, solicitar renovación de recetas, ver resultados de laboratorio y hacer preguntas.

Identidad Étnica: Hispano o Latino ___ No Hispano o Latino ___ No reportar ___

Estado Civil: Soltero/a ___ Casado/a ___ Divorciado/a ___ Viudo/a ___ **Lenguaje de Preferencia:** _____

Raza: Asiático/a: Asian ___ Hawaiano/a Natal ___ Africano Americano ___ Blanco/a ___ Hispano ___ Otro ___ No responder ___

Seguro Primario: _____

Fecha de nacimiento: _____ **Número de Seguro Social:** _____
Apellido Primer Segundo

Domicilio: _____
Ciudad Estado Código Postal

Nombre de contacto para emergencia: _____ **Número de teléfono:** _____

Relación: _____ **Domicilio:** _____

Si el titular de la póliza no es el paciente, haga lo siguiente:

Seguro Primario: _____ **Asegurado/a:** _____

Número de Seguro Social: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Trabajo de Asegurado/a: _____ **Número de Trabajo:** _____

Seguro Secundario/a: _____ **Asegurado/a :** _____

Número de Seguro Social: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Trabajo de Asegurado: _____ **Número de Trabajo:** _____

Asignación de Beneficios: Por la presente autorizo asignación de beneficios (pagos) directamente a Hull Dermatology, PA de todos mis reclamos de Seguro médico relacionados con los servicios recibidos. Estoy de acuerdo en pagar cualquier y todos los cargos que excedan, o no estén cubiertos por mi seguro médico. Entiendo que el copago, deducibles, y servicios no cubiertos se deben pagar al momento del servicio.

Firma de la persona responsable: _____ **Fecha:** _____

Expediente/Antecedentes: Yo autorizo liberación de cualquier información médica necesaria para los trámites con mi compañía de seguro médico. Yo permit que una copia de esta autorización sea utilizada en lugar de la original.

Firma de la persona responsable: _____ **Fecha:** _____

Hull Dermatology PA puede darle información financiero/médica a:

Nombre(s): _____

Numero de Telefono(s): _____

Si se deja en blanco sólo seremos capaces de informarle al paciente de su información médica/financiera, excepto en el caso de menores de edad

Cuestionario de Historial Medico

¿Es usted alergico/a algun medicamento? Si ___ No ___ ¿Esta usted embarazada? Si ___ No ___

Si la res puesta es si, lista medicamentos y reacciones _____

¿Alguna vez a tenido una reaccion a Novocaina, vendaje o Antibioticos topical (Neosporin)? Si ___ No ___

Por favor lista por debajo los medicamentos que usted esta tomando (incluyen do recetas medicas, medicamentos sin receta, sup lementos her bales, vitaminas):

1 _____ 2 _____ 3 _____
4 _____ 5 _____ 6 _____

Consigne a continuación toda alergia a medicamentos:

1 _____ 2 _____ 3 _____
4 _____ 5 _____ 6 _____

¿Ha tenido una cirugía o hospitalizado en el pasado? _____

¿Alguna vez ha tenido cancer de la piel? Si ___ No ___

Por favor lista las condiciones medicas cronicas que se encuentran bajo tratamiento? _____

Dermatologia General Marque todo lo que corresponda:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cancer de la Piel | <input type="checkbox"/> Carcinoma de celulas basales | <input type="checkbox"/> Sangra facilmente |
| <input type="checkbox"/> Lunar Atipico | <input type="checkbox"/> Carcinoma de celulas escamosas | <input type="checkbox"/> VIH |
| <input type="checkbox"/> Lunares dis plasicos | <input type="checkbox"/> Enfermedad crónica de la piel | <input type="checkbox"/> Historia de Queloide/cicatrices |
| <input type="checkbox"/> Queratosis Actinica | | |

Historia Social Marque todo lo que corresponda:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ha tenido mas de una quemadura del sol | <input type="checkbox"/> A estado expuesto a hepatitis A, B, C o D | <input type="checkbox"/> Ud a usado drogas (incluso Marihuana) |
| <input type="checkbox"/> Tiene exposición al sol | <input type="checkbox"/> A estado expuesto al VIH | <input type="checkbox"/> Ud a salido del pais en los ultimos 3 meses? |
| <input type="checkbox"/> Usa prot ector solar | <input type="checkbox"/> A tornado alcohol | |
| | <input type="checkbox"/> A fumado o a usado tabacco | |

¿Cual es su ocupacion? _____

¿Cual es su pasatiempo? _____

¿Tiene antecedentes de lo siguiente? Marque todo lo que corresponda:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bronquitis | <input type="checkbox"/> Flebitis | <input type="checkbox"/> Trastorno de absorción del estómago |
| <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Inflamación de venas | <input type="checkbox"/> Náuseas, vómitos, diarrea cuando toma antibióticos |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Coágulos sanguíneos | <input type="checkbox"/> Infección por levaduras cuando se está tomando antibiótico |
| <input type="checkbox"/> Tos crónica | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Artritis o deformidad de las articulaciones |
| <input type="checkbox"/> Tos matutina | <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Artralgia |
| <input type="checkbox"/> Falta de aire | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Movimiento limitado |
| <input type="checkbox"/> Sibilancias | <input type="checkbox"/> Sed o hambre excesivos | <input type="checkbox"/> Articulación artificial |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial | <input type="checkbox"/> Amputaciones | <input type="checkbox"/> Convulsiones, epilepsia, ataques |
| <input type="checkbox"/> Dolor de pecho | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides | |
| <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco | <input type="checkbox"/> Enfermedad o falla renal | |
| <input type="checkbox"/> Latidos irregulares | <input type="checkbox"/> Diálisis | |
| | <input type="checkbox"/> Infección del tracto urinario | |

Antecedentes familiares de cáncer de piel Marque todo lo que corresponda:

- | | | | | | | | |
|------------|----------------------------------|-----------------------------------|--|------------------------------|------------------------------|--|--|
| Madre | <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Melanoma | <input type="checkbox"/> Lunar Atipico | <input type="checkbox"/> SCC | <input type="checkbox"/> BCC | <input type="checkbox"/> Queratosis Actinica | <input type="checkbox"/> Cancer de piel des conocida |
| Padre | <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Melanoma | <input type="checkbox"/> Lunar Atipico | <input type="checkbox"/> SCC | <input type="checkbox"/> BCC | <input type="checkbox"/> Queratosis Actinica | <input type="checkbox"/> Cancer de piel des conocida |
| Hermana(s) | <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Melanoma | <input type="checkbox"/> Lunar Atipico | <input type="checkbox"/> SCC | <input type="checkbox"/> BCC | <input type="checkbox"/> Queratosis Actinica | <input type="checkbox"/> Cancer de piel des conocida |
| Hermano(s) | <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Melanoma | <input type="checkbox"/> Lunar Atipico | <input type="checkbox"/> SCC | <input type="checkbox"/> BCC | <input type="checkbox"/> Queratosis Actinica | <input type="checkbox"/> Cancer de piel des conocida |
| Hija(s) | <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Melanoma | <input type="checkbox"/> Lunar Atipico | <input type="checkbox"/> SCC | <input type="checkbox"/> BCC | <input type="checkbox"/> Queratosis Actinica | <input type="checkbox"/> Cancer de piel des conocida |
| Hijo(s) | <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Melanoma | <input type="checkbox"/> Lunar Atipico | <input type="checkbox"/> SCC | <input type="checkbox"/> BCC | <input type="checkbox"/> Queratosis Actinica | <input type="checkbox"/> Cancer de piel des conocida |
| Otro | <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Melanoma | <input type="checkbox"/> Lunar Atipico | <input type="checkbox"/> SCC | <input type="checkbox"/> BCC | <input type="checkbox"/> Queratosis Actinica | <input type="checkbox"/> Cancer de piel des conocida |

Revisión exhaustiva de los sistemas Marque todo lo que corresponda:

Alergias

- Escurimiento de nariz
- Garganta seca
- Picazon en los ojos
- Estomudar
- Oido lleno
- Nariz tapada
- Toz

Constitutional

- Cambio de peso
- Falta de apetito
- Fiebre
- Debilidad
- Sudores Noctumos
- Amamantacion

Dermatologia

- Lesiones Sospechoso
- Lunares Sospechoso
- Sarpullido
- Comezon
- Piel Seca O Sensible
- Fotosensibilidad
- Urticarial
- Perdida de pelo
- Conglomerado
- Piel amarilla/o

Gastroenterología

- Sangre en las heces
- Diareah
- Vomito
- Estrenimiento
- Nausia
- Dolor ab dominal
- Cambios en los habitos Intestinale

Sicologia

- Depression
- Alta Tension
- Estado de animo que cambia
- Ideas suicidas
- Obsesivo compulso

Orrinolaringólogo

- Sangrada de nariz
- Cambio de voz
- Dolor en la garganta
- Dificultades para degutir

Respiratorio

- Corto de respiracion
- Opression en el pecho
- Toz
- Jadente
- Congestion

Neurologia

- Dolor de cabeza
- Horrignigie/Entumeciendo
- Convulsiones
- Mareos
- Debilidad Focal

Cardiologia

- Palpitacion
- Dolor en el pecho
- Presion alta

Hematology

- Moretones
- Ganglios inflamados
- Fatiga

Femenina

- Sindrome Premenstral
- Infertilidad
- Dolores Menstruates
- Infecciones por levaduras
- Comezon vaginal
- Sangrando Intermestruual
- Dolor pelvico
- Actividad sexual
- Periodos Iregulares
- Flugo vaginal anormal

Oftalmología

- Irritacion de los ojos
- Drenaje de los ojos
- Vision borrosa

Endocronologia

- Sed excesiva
- Sudor excesiva
- Urinacion excesiva
- Intolerencia al frio
- Intolerencia al calor

Urologia

- Dificultad para orinar
- Sangre en la orina
- Urgencia para urinar
- Orina frecuente
- Incontinencia urinaria

Musculoeskueletal

- Rigidez articular
- Calambres en las piernas
- Dolor en las articulaciones
- Inflamacion de las articulaciones
- Dolor en la espalda
- Dolor en el cuello
- Dolor muscular

Políticas de Hull Aesthetics Lea y marque las casillas para indicar que comprende cada política:

Política de Cancelación y Falta a Cita: En Hull Dermatology & Aesthetics, estamos dedicados al servicio y cuidado de nuestros pacientes. Intentamos comunicarnos con todos nuestros pacientes por lo menos 8 horas antes de su cita programada para recordarles la fecha y la hora. En caso de que usted no pueda asistir a una cita programada, le pedimos que nos informe por teléfono al menos 8 horas antes. Esto nos da tiempo para comunicarnos con nuestros pacientes en la lista de espera y ofrecerles esa franja horaria. El tiempo de nuestros proveedores es valioso ya que siempre tenemos una larga lista de espera de pacientes tanto nuevos como habituales. Aquellos pacientes que no nos notifiquen 8 horas antes de su cita programada se considerarán como "faltas sin aviso" y se les cobrará una tarifa. A continuación, encontrará el explicación de las tarifas:

- Entiendo que faltar a una cita programada me significará un costo de \$50 por cada 30 minutos programados.
- Al firmar y fechar a continuación, reconozco que he leído y comprendido el documento anterior.

Prima del responsable: _____ **Fecha:** _____

Llegadas tarde: Para garantizar la calidad de su tratamiento, llegar tarde a una cita programada puede provocar que se dedique menos tiempo a su tratamiento, se cambie al técnico o que su cita se reprograme para una fecha posterior.

Cambios de precio: A pesar de que nos esforzamos por mantenerlo informado acerca de los cambios de precio, nuestras tarifas y servicios se evalúan continuamente y están sujetos a cambios. Tenga en cuenta que si encuentra un anuncio local con un mejor precio, con todo gusto igualaremos ese precio si usted nos muestra el anuncio.

Servicios prepagos: Todos los servicios prepagos se deben utilizar en el plazo de un año desde la compra. No hay reembolsos por servicios prepagos. El dinero se puede utilizar para otros servicios o productos, si se lo hace en el plazo de un año desde la compra.

Remates y regalos: Cualquier producto o servicio que se gane se debe utilizar en el plazo de un año, a menos que Hull Aesthetics indique algo diferente. Estos no son reembolsables y no se pueden cambiar por otros servicios ni productos.

Productos y servicios: Todas las ventas son finales. Solo los productos defectuosos se pueden devolver. Lea todos los consentimientos atentamente para ver los efectos secundarios; todos los pacientes son diferentes y pueden reaccionar de manera diferente al tratamiento. No se dan reembolsos por servicios.

Compras de paquete: Se hace seguimiento de los paquetes prepagos mediante tarjetas de tratamiento. Conservaremos estas tarjetas en archivo.

He leído y comprendido las políticas de Hull Aesthetics.

Prima del responsable: _____ **Fecha:** _____

Aviso de Prácticas de Privacidad Revisado: Septiembre 8, 2011. Esta Información esta disponible a todos los pacientes. Este aviso describe como la informacion medica sobre usted puede ser utilizada y divulgada y como usted puede tener acceso a esta informacion. Por favor revise con cuidado. Este aviso se aplica a todos los registros de su atencion Generados por la practica, ya sea por la practica o un recurso asociado.

Este aviso describe las politicas de nuestra practica, que se extendido a:

- Cualquier profesional de salud autorizado para ingresar informacion a su expediente (incuyendo medicos y enfermeras ect);
- Todas las areas de practica (administracion, recepcionistas, fracturacion ect);
- Todos los empleados funcionarios y demas personal que trabaje para o con nuestra Practica;
- Nuestros socios de negocio (incluyendo un servicio de facturasion o instalaciones a las que se refieren a los pacientes de los medicos ect).

Hull Dermatology proporciona este aviso para cumplir con las regulaciones de privacidad publicada por el departamento de salud y servicios humanos de con formidad con lo dispuesto en los articulos de la ley de responsabilidad y portabilidad de aseguanza medica 1996 (HIPPA)

NUESTROS PENSAMIENTOS ACERCA DE SU INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA:

Entendemos que su informacion medica es personal y estamos comprometidos a proteger la informacion acerca de usted. Como nuestro paciente, creamos papel y registros medicos electronicos acerca de su salud. Nuestra atención a usted y de los servicios o articulos que se ofrecen a usted como nuestro paciente este registro es necesario para proporcionar la atencion medica para cumplir con ciertos requisitos legales.

Si desea una copia de nuestras practicas de privacidad, por favor pregunte a la recepcionista por una copia completa sera proporcionada a usted.

Prima del responsable: _____ **Fecha:** _____

Autorización para fotografías

Autorizo el uso y la divulgación de mis iniciales, edad, género, imágenes fotográficas y de video, y/o testimonio para fines de mercadeo por parte de Hull Dermatology and Aesthetics.

Entiendo que la información que se comparta conforme esta autorización podría volver a compartirse y ya no estaría protegida por las normas de privacidad de la ley HIPAA.

Entiendo que el consultorio médico no puede condicionar mi tratamiento por el hecho de firmar o no esta autorización.

Autorizo el uso de estas imágenes sin recibir compensación por ello.

Entiendo que esta información podría utilizarse en redes sociales y publicidades. Autorizo su uso en las siguientes plataformas:

Hull Photo Results Book ___ Publicidades impresas ___ Instagram ___ Facebook ___ Snapchat ___
YouTube ___ RealSelf ___ Hullderm.com website ___

Entiendo que todos los negativos, impresiones y/o reproducciones digitales serán propiedad de Hull Dermatology and Aesthetics y no me serán entregados. Por medio del presente autorizo la edición, modificación, copia, exhibición, publicación o distribución de esta fotografía o video para fines de publicitar los programas de Hull Dermatology & Aesthetics. Además, renuncio al derecho de revisar o aprobar el producto terminado, incluyendo copias escritas o electrónicas donde pudiera aparecer mi imagen.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero dicha acción debe ser por escrito y recibida por el consultorio médico vía correo postal registrado. La revocación afecta la divulgación futura y no tiene carácter retroactivo.

Servicio de Intérprete

Si usted habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia con el idioma sin costo algunac. Teléfono 479.254.9662
TTY 479.254.9662

ENGLISH

If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you.

SPANISH

Si usted habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia con el idioma sin costo alguno.

VIETNAMESE

Chúng tôi cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị, nếu quý vị nói tiếng Việt.

MARSHALLESE

Elaññe kwojelā Kajin Majōl, kwomaroñ bōk jibañ ilo Kajin Majōl, ejjelok wōneen.

CHINESE

如果您讲汉语普通话，则可以免费向您提供语言协助服务。

LAOTIAN

ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ ແມ່ນມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອພາສາພຣັດໃຫ້ແກ່ທ່ານ.

TAGALOG

Kung nagsasalita ka ng Tagalog, may magagamit kang mga serbisyo sa lengguahe na walang baya

ARABIC

كنت تتحدث العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية مجاناً.

GERMAN

Wenn Sie deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos Sprachhilfen zur Verfügung.

FRENCH

Si votre langue est le français, des services d'assistance linguistiques sont mis gratuitement à votre disposition

HMONG

Yog koj hais lus Hmoob, peb muaj neeg txhais lus, pub dawb rau koj.

KOREAN

모국어가 한국어일 경우 무료 언어지원 서비스가 제공됩니다.

PORTUGUESE

Se você fala português, está disponível atendimento gratuito com assistência ao idioma.

JAPANESE

日本語を話される場合には、無償の言語支援サービスがご利用いただけます。

HINDI

अगर आप हिन्दी बोलते हैं तो भाषा सहायता सेवा निःशुल्क उपलब्ध है।

GUJARATI

તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો વિના મૂલ્યે, ભાષા સહાય સેવાઓ તમને ઉપલબ્ધ છે.

Política de Pago:

- Seguros:** Participamos en la mayoría de seguros incluyendo planes de Medicare. Usted es responsable de comprobar participación en su plan específico. Conocer y comprender sus beneficios de la aseguranza es su responsabilidad. Pongase en contacto con su compañía de seguros con preguntas que usted tenga con respecto a la cobertura. Por ultimo, si la elegibilidad no es verificable el pago se debe en el momento de servicio.
- Co-Pagos y Deducibles:** Los co-pagos y deducibles de ben ser pagado en el momento de servicio. Este acuerdo es parte de su contrato con su compañía de aseguranza. Pracaso de nuestra parte para recoger co-pagos y deducibles de los pacientes puede considerarse como fraude.

3. **Servicios no Cubiertos:** Por favor tenga en cuenta que algunos servicios que reciba, su seguro puede no cubrirlos. Nuestra oficina les dará a conocer de estos servicios antes de iniciar el tratamiento. Y por último, es su responsabilidad saber sus beneficios de cobertura que su seguro no paga.
4. **Envío de Reclamaciones:** Vamos a presentar sus reclamos y le ayudaremos en cualquier forma dentro de lo razonable para obtener sus reclamos pagados. Con frecuencia su seguro, tendrá que suministrar información. Es su responsabilidad cumplir con estas peticiones. Tenga en cuenta que el balance de su reclamo es su responsabilidad si su seguro no paga.
5. **Los Hijos de Padres Divorciados:** Responsabilidad para el pago de tratamiento de los menores, cuyos padres están divorciados recae en el padre que busca tratamiento. Cualquier orden del tribunal de responsabilidad, debe ser determinado entre los individuos involucrados sin la inclusión de Hull Dermatology.
6. **Facturación de patologías o análisis de laboratorio:** cuando se extirpa una lesión en el consultorio, el procedimiento estándar de atención es que un patólogo examine la muestra. Estos servicios se realizan principalmente en el consultorio médico, pero se facturan como un reclamo y proveedor de servicios separados. Debido a esto, su seguro puede cobrar un deducible de copago por aparte. Los servicios de laboratorio y patología que son derivados a proveedores externos son facturados por la compañía de laboratorio; cualquier pregunta con respecto a esos cargos debe ser dirigida a ellos. Estos cargos no se cobran en el momento del servicio.
7. **No Pago:** Si su cuenta es de más de 90 días, usted recibirá una carta que indique que usted tiene 14 días para pagar su cuenta en su totalidad. Los pagos parciales no serán aceptados a menos que se indique lo contrario. Por favor tenga en cuenta que si el saldo no es remunerado será referido a una agencia de cobranza.
8. **Revisión de reclamos:** intentamos finalizar todos los cargos en el momento del servicio, pero estos están sujetos a una revisión por parte de agentes de facturación internos. Cualquier cargo omitido será facturado por separado.

Nuestra oficina está comprometida a proporcionar el mejor tratamiento a nuestros pacientes. Nuestros precios son representativos de los cargos habituales de nuestra zona. Le damos las gracias por comprender nuestra política de pago.

He leído y entendido la política de pago.

Prima del responsable: _____ **Fecha:** _____

Cuestionario de interés cosmético

Además de los servicios que ya le hemos provisto, ¿qué otros servicios le interesaría conocer? Marque todo lo que corresponda:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Orientación sobre el cuidado de la piel | <input type="checkbox"/> Manchas cutáneas | <input type="checkbox"/> Arrugas del cuello |
| <input type="checkbox"/> Productos para el cuidado de la piel | <input type="checkbox"/> Venas faciales | <input type="checkbox"/> Revisión de cicatrices |
| <input type="checkbox"/> Rellenos faciales inyectables | <input type="checkbox"/> Enrojecimiento cutáneo | <input type="checkbox"/> Área abdominal |
| <input type="checkbox"/> Líneas finas y arrugas faciales | <input type="checkbox"/> Manchas marrones/de la edad | <input type="checkbox"/> Caderas |
| <input type="checkbox"/> Labios finos | <input type="checkbox"/> Pecas | <input type="checkbox"/> Piernas |
| <input type="checkbox"/> Largo de las pestañas | <input type="checkbox"/> Caída de la frente | <input type="checkbox"/> Contorno facial |
| <input type="checkbox"/> Complemento de pestañas | <input type="checkbox"/> Párpados caídos | <input type="checkbox"/> Contorno corporal |
| <input type="checkbox"/> Oscurecimiento de pestañas | <input type="checkbox"/> Tamaño o forma de la nariz | <input type="checkbox"/> Vello no deseado |
| <input type="checkbox"/> Peeling químico | <input type="checkbox"/> Remoción de lunares | |

Comuníquese conmigo acerca de estos servicios

Mejor número de teléfono dónde localizarlo:

Envíeme información sobre productos y servicios (incluyendo ofertas especiales)

Dirección de correo electrónico:
