



**PATIENT REGISTRATION**

Licencia de Conducir#: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Sexo:  Femenino  Masculino

Estatus de Empleo:  Tiempo Completo  Tiempo Parcial  Trabajo de Cuenta Propia

Retirado  Desempleado

Estatus Estudiantil:  Tiempo Completo  Tiempo Parcial

**Información de la Aseguración Primaria :**

Relación con el Asegurado:  Yo mismo(a)  Esposo(a)  Hijo(a)  Otro

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_

Número de Miembro: \_\_\_\_\_

Seguro Social/TIN del Asegurado: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Compañía de la Aseguración: \_\_\_\_\_

Teléfono del Empleador: \_\_\_\_\_

Telefono de la Aseguración: \_\_\_\_\_

**Informacion de Medicaid/CHIP:**

Nombre del Plan: \_\_\_\_\_

Numero de Identificación: \_\_\_\_\_

Nombre del Medico Primario: \_\_\_\_\_

Numero de Telefono: \_\_\_\_\_

**Información del Paciente:**

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Inicial del Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono Móvil: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social/TIN: \_\_\_\_\_

Licencia de Conducir#: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**Sexo:**  Femenino  Masculino

**Estatus de Empleo:**  Tiempo Completo  Tiempo Parcial  Trabajo de Cuenta Propia  
 Retirado  Desempleado

**Estatus Estudiantil:**  Tiempo Completo  Tiempo Parcial

**Persona Responsable (si alguien mas que el paciente):**

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Inicial del Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono de la Casa: \_\_\_\_\_

Teléfono Móvil: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social/TIN: \_\_\_\_\_

---

# Medical History

## HISTORIA MÉDICA

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Aunque el personal dental principalmente tratan el área y alrededor de su boca, su boca es una parte de su cuerpo. Los problemas de salud que pueda tener, o medicamentos que esté tomando, podrían tener una importante relación con la odontología que usted recibirá. Gracias por contestar las siguientes preguntas.

¿Está usted bajo el cuidado de un médico ahora?  Sí  No En caso afirmativo, sírvase explicar: \_\_\_\_\_  
¿Alguna vez ha sido hospitalizado o tenido una operación mayor?  Sí  No En caso afirmativo, sírvase explicar: \_\_\_\_\_  
¿Ha tenido alguna vez una lesión grave en la cabeza o en el cuello?  Sí  No En caso afirmativo, sírvase explicar: \_\_\_\_\_  
¿Está usted tomando algún medicamento, pastillas, o drogas?  Sí  No En caso afirmativo, sírvase explicar: \_\_\_\_\_  
¿Toma o ha tomado, Phen-Fen o Redux?  Sí  No \_\_\_\_\_  
¿Alguna vez a tomado Fosamax, Boniva, Actonel, o cualquier otro medicamento que contenga bifosfonatos?  Sí  No \_\_\_\_\_  
¿Esta usted en una dieta especial?  Sí  No \_\_\_\_\_  
¿Usa tabaco?  Sí  No \_\_\_\_\_  
¿Usted usa sustancias controladas?  Sí  No \_\_\_\_\_

Mujeres: ¿Está usted Embarazada o tratando de quedar embarazada?  Sí  No Toma anticonceptivos orales?  Sí  No Esta amamantando?  Sí  No

Es usted alérgico a cualquiera de los siguiente?

Aspirina  Penicilina  Codeína  Acrílico  Metálico  Látex  Anestésicos locales  Sulfamida  
 Otros En caso afirmativo, sírvase explicar: \_\_\_\_\_

¿Tiene, o ha tenido, cualquiera de los siguientes?

SIDA / HIV Positivo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cortisona	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hemofilia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tratamiento con radiación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedad de Alzheimer's	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Pérdida de peso reciente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anafilaxia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Drogadicción	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hepatitis B o C	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diálisis renal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fácilmente pierde el aliento	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Herpes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Angina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfisema	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Reumatismo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Artritis/Gota	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Epilepsia o convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Colesterol Alto	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Escarlatina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Válvula del corazón artificial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sangrado excesivo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ronchas o erupción cutánea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Herpes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Articulación artificial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sed excesiva	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hipoglucemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de células falciformes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Desmayos / vértigo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Latido irregular del corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas del seno nasal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedad arterial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tos frecuente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de los riñones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Espina Bífida	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diarrea frecuente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Leucemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad estomacal/intestinal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas respiratorio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolores de cabeza frecuente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedades del Hígado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ataque fulminante	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Glaucomas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Presión arterial baja	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hinchazón de las extremidades	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Moretonescon facilidad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Herpes Genital	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de la Tiroides	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre del heno	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Prolapso de la válvula mitral	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Amigdalitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dolores en el pecho	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ataque/Falla del corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Herpes labial/Fiebre Ampollas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolor en la articulación de la quijada	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tumores o crecimientos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cardiopatía congénita	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Marcapasos en el Corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad paratiroidea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Úlceras	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas/Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Atención Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad venérea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
						La ictericia amarilla	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿Ha tenido alguna enfermedad grave que no figura en la lista de arriba?  Sí  No En caso afirmativo, sírvase explicar: \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

En lo mejor de mi conocimiento, las preguntas de este cuestionario se han contestado correctamente. Entiendo que el proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o del paciente). Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en el estado médico.

Firma del paciente, padre o tutor \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

## Financial Policy Consent Form

### Política Financiera

#### Tienes que ser consciente de que:

- Usted es responsable del pago de cualquier servicio proporcionado a usted , en el momento en que se presta el servicio.
- Aunque presentemos reclamaciones por usted como una cortesía , su póliza de seguro dental es un contrato entre usted, su empleador y su compañía de seguros. No somos una parte de ese contrato.
- Su plan de tratamiento se adapta de forma individual , y no se basa en sus beneficios de seguro dental o la falta de beneficio.
- No todos los servicios sean beneficios en todos los contratos cubiertos. Algunas compañías de seguros arbitrariamente seleccionan ciertos servicios que no cubren.
- Es su responsabilidad de entender a fondo la cobertura y excepciones de su política en particular . Los problemas de cobertura sólo se podrán remitir por el administrador del plan del empleador o grupo . No podemos actuar como mediador con el transportista o su empleador.
- Nuestro personal está capacitado para ayudarle con las preguntas que pueda tener en relación a cómo se presentó su reclamo, o con respecto a cualquier información adicional que su portador puede necesitar para procesar su reclamo . Por favor , pregunte si usted tiene alguna pregunta.
- Su reclamación será presentada inmediatamente , y se espera que los beneficios son para ser pagado dentro de 30 a 45 días .

La presentación de una reclamación de seguro no le exime del pago oportuno de su cuenta. Si la reclamación no se borra por su compañía en 60 días, la parte no pagada se convertirá automáticamente en "auto -pago " y una declaración será emitida a su nombre por la parte no pagada . Usted es responsable de cualquier cantidad de su compañía de seguros decide no pagar por la razón que sea.

No dude en ponerse en contacto con su compañía de seguros respecto a los beneficios sin pagar.

Estaremos encantados de ofrecerle una carta que incluya toda la información pertinente que usted puede firmar y enviar por correo.

Entiendo y acepto la financiera y las pólizas de seguro dental enumeradas anteriormente y que han tenido cualquiera y todas las preguntas contestadas a mi satisfacción.

Estoy de acuerdo en pagar por todos los tratamientos de manera oportuna como se describe.

Yo \_\_\_\_\_ Por la presente autorizo mis beneficios del seguro a ser pagados directamente a Alvin Smiles . Me doy cuenta de que soy responsable de pagar cualquier cantidad ( s ) deducible, mi porción del coaseguro y por los servicios no cubiertos.

Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier y todos los cargos de tratamiento dental y honorarios incurridos , ya sea o no por dicho seguro y estoy de acuerdo a su pago que en su totalidad.

También por la presente autorizo la divulgación de información médica / dental pertinente a la compañía(s) de seguros. Este orden se mantendrá en efecto hasta que sea revocada por mí por escrito . Una fotocopia de esta asignación debe ser considerada tan válida como el original.

Paciente / Tutor Firma Legal \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Staff Initials \_\_\_\_\_

## Appointment Policy

### Policia de Citas

Una cuota de cancelacion de \$15.00 sera collectado por citas que faye sin darnos una llamada en advance de 24hrs.

MEDICAID PACIENTES::

MCNA DENTAL & DENTAQUEST sera notificados por nuestra systema automatica si usted cancela o si no llega a su cita. Para poder tener su seguransa activa, usted debe de seguir las reglas de policia de su seguransa.

Paciente/Guardia Legal Firma: \_\_\_\_\_ Fecha:: \_\_\_\_\_

Si usted tiene mas preguntas or para mas informacion porfavor de contactar a nuestro oficina.

**Gracias, Management**



**3C DENTAL**  
Care | Comfort | Convenience

**ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF HIPAA NOTICE OF PRIVACY PRACTICES ("Acknowledgement")**

**Reconocimiento de recibo del aviso de HIPAA sobre prácticas de privacidad (Reconocimiento)**

Reconozco que he recibido una copia de este aviso de prácticas dentales HIPAA de prácticas de privacidad.

Nombre del Paciente (Letra de molde porfavor)

Firma del Paciente

Fecha:

O

\_\_\_\_\_  
Firma de Representante Personal

Autoridad de representante que firmó para el paciente: (escoja una):

Padre       Tutor       Poder Legal       Otro

**Por favor note: Es su derecho rehusar firmar este documento**

*Solo Para El Uso De La Oficina Dental*

Me esforcé por obtener reconocimiento escrito de parte del individual citado arriba en cuanto al haber recibido nuestro Aviso de **Prácticas de Privacidad** pero no lo obtuve por:

-Una emergencia nos privo de obtener reconocimiento

-Tuvimos una barrera de comunicación que nos privó de obtener reconocimiento

-El individual no estuvo dispuesto a firmar

-Otro: \_\_\_\_\_

## Informed Consent for Dental Treatment

# Consentimiento Informado para Tratamiento Dental

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

### **Rayos X:**

**Tratamiento propuesto:** tomar radiografías intrabucales (dentro de la boca) y extrabucales (fuera de la boca).

**Beneficios del tratamiento:** el tomar rayos X nos permite ver caries dentales, anormalidades, desarrollo y erupción de dientes. También son necesarios para realizar diagnósticos y evaluaciones apropiados.

**Alternativas al tratamiento:** ninguno; limitada examinación visual.

**Riesgos comunes:** mínima exposición a radiación de los tejidos blandos y duros de la cabeza.

**Consecuencias de no realizar el tratamiento:** falta de diagnóstico, posible pérdida de diente(s).

### **Limpieza (profilaxis):**

**Tratamiento propuesto:** implica una limpieza profunda de los dientes para ayudar a sanar el tejido gingival inflamado o infectado. Incluye el remover la acumulación de placa blanda y los depósitos de cálculo o sarro sobre y bajo la línea de la encía.

**Beneficios del tratamiento:** ambiente oral saludable; también, reducción/eliminación de sangrado, mal olor y enfermedad periodontal.

**Alternativas al tratamiento:** referencias para cirugía periodontal (de encías) de acuerdo a la severidad de la condición.

**Riesgos comunes:** sangrado, dolor, inflamación, infección del tejido, sensibilidad a calor y frío, rigidez o dolor en la articulación de la mandíbula.

**Consecuencias de no realizar el tratamiento:** el tratamiento interrumpido o descontinuado puede resultar en una mayor inflamación e infección del tejido gingival, puede llevar a caries dentales y deterioro de la estructura del hueso, lo cual puede llevar a pérdida del diente.

### **Anestesia:**

**Tratamiento propuesto:** inyección de anestesia en los tejidos orales circundantes.

**Beneficios del tratamiento:** adormecimiento del tejido y del músculo alrededor del área de tratamiento para eliminar la sensación de dolor.

**Alternativas al tratamiento:** las restauraciones dentales llevadas a cabo sin anestesia resultan en intensa sensibilidad y dolor.

**Riesgos comunes:** reacciones alérgicas, irritación del tejido nervioso, rigidez o dolor en la articulación de la mandíbula, inflamación de tejido, moretones y puede causar parálisis temporal o permanente.

**Consecuencias de no realizar el tratamiento:** dolor intenso y sensibilidad.

### **Empastes:**

**Tratamiento propuesto:** para remover caries dentales y reemplazarlas con material de relleno para obtener una anatomía dental apropiada.

**Beneficios del tratamiento:** restaurar la estructura del diente para obtener funciones apropiadas.

**Alternativas al tratamiento:** empastes temporales, coronas, extracción.

Riesgos comunes: alergia al material de relleno, sensibilidad en los dientes, el empaste puede caerse.

**Consecuencias de no realizar el tratamiento:** propagación de las caries, siendo necesario un tratamiento de canales, o destrucción severa que puede resultar en pérdida del diente.

#### Amalgama (Plata) VS. Compuesto (Color del diente):

**Las ventajas de las amalgamas incluyen:** es fuerte, puede aguantar la fuerza de la mordida, económica, la resistencia a la propagación de caries es alta, el riesgo de sensibilidad es más bajo, duran mucho tiempo.

**Las desventajas incluyen:** menos atractivas que las alternativas del color del diente, la colocación puede requerir el remover estructuras saludables de los dientes, la corrosión puede oscurecer la apariencia.

**Las ventajas de los compuestos incluyen:** el color y tono pueden igualar al diente, permite preservar la mayor estructura dental posible, la frecuencia de reparación es baja.

**Las desventajas incluyen:** puede romperse o gastarse más rápido que la amalgama, es más caro, puede perderse con el tiempo, requiriendo un reemplazo, puede crear sensibilidad al frío.

#### Tratamiento de canales / Pulpotomía:

**Tratamiento propuesto:** remover el tejido de la pulpa que se encuentra infectado y reemplazarlo con material de relleno de canales.

**Beneficios del tratamiento:** eliminar el dolor, la infección, inflamación y la continuación de la destrucción de la estructura del diente.

**Alternativas al tratamiento:** extracción.

**Riesgos comunes:** Recurrencia de síntomas, rompimiento de la estructura del diente.

**Consecuencias de no realizar el tratamiento:** incremento de la severidad del dolor, inflamación, infección y posible hospitalización, raras instancias de muerte.

#### Puentes y coronas:

**Tratamiento propuesto:** para fortalecer un diente dañado por caries o restauraciones previas y para proteger un diente que tiene tratamiento de canales. Mejorar la superficie de mordida, la apariencia de dientes dañados, decolorados, con espaciamiento inadecuado y/o dientes perdidos.

**Beneficios del tratamiento:** restaurar o mejorar la apariencia y fuerza de los dientes.

**Alternativas al tratamiento:** extracción o tratamiento de ortodoncia (sólo por espacio, no por daño).

**Riesgos comunes:** irritación del tejido circundante, inflamación, irritación del tejido nervioso, rigidez o dolor en las articulaciones de la mandíbula, sensibilidad al calor y frío, y también posible tratamiento de canales.

**Consecuencias de no realizar el tratamiento:** mayor destrucción, exposición de nervios, pérdida de función de los dientes, tratamiento de canales.

#### Extracción de dientes:

**Tratamiento propuesto:** extracción completa del diente de la boca.

**Beneficios del tratamiento:** aliviar los síntomas y/o permitir cualquier tratamiento adicional planeado.

**Alternativas al tratamiento:** dependiendo de las necesidades individuales de tratamiento: tratamiento de canales, terapia periodontal, coronas o empastes, ningún tratamiento.

**Riesgos comunes:** como con cualquier procedimiento quirúrgico; molestias, sangrado, inflamación, posible daño a los dientes y/o tejido blando adyacente, adormecimiento temporal de la mandíbula.

**Consecuencias de no realizar el tratamiento:** incremento en la severidad del dolor, inflamación, infección y posible hospitalización y raras instancias de muerte.

He leído y entiendo toda la información en este formulario de consentimiento, la cual incluye rayos X, limpieza, anestesia, empastes, tratamiento de canales, puentes y coronas, extracción de dientes e implantes dentales. Todas mis preguntas han sido resueltas a mi pleno entendimiento y satisfacción. He discutido las alternativas a los tratamientos, los riesgos, resultados y costos con mi dentista y todas mis preguntas se resolvieron antes de tomar una decisión.

Además, entiendo que la odontología no es una ciencia exacta y que no hay resultados garantizados. Salvo disposición contraria por la ley, entiendo que soy responsable por el pago de todos los honorarios dentales que no sean pagados por completo por cualquier compañía de seguros o por cualquier otra cobertura aplicable. Habiendo tenido el tiempo adecuado para reflexionar sobre las alternativas, consiento al tratamiento, sujeto a cambios en el plan de tratamiento.

\_\_\_\_\_  
Nombre en molde del paciente/padre/tutor

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/padre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha



How did you hear about us?

**Como se entero de nosotros?**

**Por favor tome un momento para hacernos saber como dio con nuestra oficina darnos la oportunidad de servirle.**

- Compania de seguros \_\_\_\_\_
- Periodico \_\_\_\_\_
- Facebook \_\_\_\_\_
- Google \_\_\_\_\_
- Paginas Amarillas \_\_\_\_\_
- Directorio de Ninos \_\_\_\_\_
- Familia/Amigos \_\_\_\_\_
- Medico \_\_\_\_\_
- Paso por aqui \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tienes alguna sugerencia para dara conoser nuestra oficina, por favor aganolo saber? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

