



Registro de personas con necesidades especiales de Florida Información de registro - Condado de Broward

Instrucciones: Complete este formulario y envíelo por fax o por correo al Condado de Broward para inscribir a una persona en el Registro de necesidades especiales de Florida (Florida Special Needs Registry). Este formulario no es necesario si ya se registró en línea. Los campos obligatorios se indican con un asterisco (*).

Correo: Broward County Special Needs Registry
ATTN: Special Needs Shelter Coordinator
(Coordinador del refugio para necesidades especiales)
201 NW 84th Ave
Plantation, FL 33324

Fax: (888) 888-8888

INFORMACIÓN PERSONAL SOBRE EL REGISTRANTE	
*Primer nombre	
Segundo nombre	
*Apellido	
Sufijo	
*Fecha de nacimiento	
*Género (seleccione solo uno)	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Prefiero no decir
*Estatura	Pies: Pulgadas:
*Peso (libras)	
Situación de vivienda (seleccione solo una)	<input type="checkbox"/> Vivo solo <input type="checkbox"/> Vivo con un familiar o cuidador <input type="checkbox"/> Otra situación de vivienda
*Idioma principal	
Segundo idioma	
Veterano	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Últimos 4 dígitos del número de Seguro Social (SSN)	
Dirección de correo electrónico	
¿Está completando este formulario en nombre del registrante? Si es así, indique su relación con el registrante (seleccione solo una)	<input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Cuidador <input type="checkbox"/> Vecino <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Proveedor de atención médica <input type="checkbox"/> Personal de manejo de emergencias del Condado <input type="checkbox"/> Personal del Departamento de salud del Condado <input type="checkbox"/> Personal estatal del Departamento de salud (DOH)

DIRECCIÓN DEL REGISTRANTE (se necesita dirección física)	
*Dirección física (no puede ser un apartado postal)	
Apt n.º, unidad n.º, edificio n.º, suite n.º, etc.	
*Ciudad física	
*Estado físico	FL
*Código postal físico	
Nombre del complejo, subdivisión o parque de casas móviles	
¿Es una casa móvil, la casa en esta dirección?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Es una torre de apartamentos o una casa de varios pisos, la casa en esta dirección?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No



Registro de personas con necesidades especiales de Florida Información de registro - Condado de Broward

DIRECCIÓN DEL REGISTRANTE (se necesita dirección física)	
¿Tiene escaleras esta casa?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Se necesita un código para entrar?	
¿Vive en esta dirección todo el año?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es no, desde el mes: _____ al mes: _____
Dirección de envío postal (si es diferente de la que se indicó arriba)	
Ciudad de envío postal	
Estado de envío postal	
Código postal de envío postal	
Otra información del Condado	
*¿Cuál es el código de la puerta?	

TELÉFONOS DEL REGISTRANTE (se necesita un teléfono principal y al menos otro)				
*Teléfonos	Extensión	*Tipo de teléfono (seleccione solo uno)	Primario	Compatible con TTY/TDD
() -		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
() -		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
() -		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

CONTACTO PRINCIPAL DE EMERGENCIA PARA EL REGISTRANTE (necesario)	
*Nombre del contacto principal de emergencia	
Dirección del contacto	
Ciudad del contacto	
Estado del contacto	
Código postal del contacto	
*Teléfono principal del contacto	() - Extensión:
¿Es compatible este teléfono con TTY/TDD?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Teléfono secundario del contacto	() - Extensión:
¿Es compatible este teléfono con TTY/TDD?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dirección de correo electrónico del contacto	

OTROS CONTACTOS DEL REGISTRANTE (entrada opcional)	
*Otro nombre de contacto	
*Tipo de contacto (seleccione solo uno)	<input type="checkbox"/> Contacto secundario de emergencia <input type="checkbox"/> Cuidador <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Vecino <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Proveedor de atención médica en casa <input type="checkbox"/> Proveedor de equipo médico en casa <input type="checkbox"/> Proveedor de hospicio <input type="checkbox"/> Proveedor de oxígeno <input type="checkbox"/> Clínica de diálisis



Registro de personas con necesidades especiales de Florida Información de registro - Condado de Broward

OTROS CONTACTOS DEL REGISTRANTE (entrada opcional)	
	<input type="checkbox"/> Otro proveedor médico <input type="checkbox"/> Contacto fuera del área <input type="checkbox"/> Contacto de arreglos alternativos de vivienda
Dirección del contacto	
Ciudad del contacto	
Estado del contacto	
Código postal del contacto	
*Teléfono principal del contacto	() - Extensión:
¿Es compatible este teléfono con TTY/TDD?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Teléfono secundario del contacto	() - Extensión:
¿Es compatible este teléfono con TTY/TDD?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dirección de correo electrónico del contacto	
*Otro nombre de contacto	
*Tipo de contacto (seleccione solo uno)	<input type="checkbox"/> Contacto secundario de emergencia <input type="checkbox"/> Cuidador <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Vecino <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Proveedor de atención médica en casa <input type="checkbox"/> Proveedor de equipo médico en casa <input type="checkbox"/> Proveedor de hospicio <input type="checkbox"/> Proveedor de oxígeno <input type="checkbox"/> Clínica de diálisis <input type="checkbox"/> Otro proveedor médico <input type="checkbox"/> Contacto fuera del área <input type="checkbox"/> Contacto de arreglos alternativos de vivienda
Dirección del contacto	
Ciudad del contacto	
Estado del contacto	
Código postal del contacto	
*Teléfono principal del contacto	() - Extensión:
¿Es compatible este teléfono con TTY/TDD?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Teléfono secundario del contacto	() - Extensión:
¿Es compatible este teléfono con TTY/TDD?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dirección de correo electrónico del contacto	
Otra información del Condado	
*¿Lo estará acompañando un cuidador al refugio?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No



Registro de personas con necesidades especiales de Florida Información de registro - Condado de Broward

ANIMALES DE SERVICIO DEL REGISTRANTE			
*Tipo de animal (seleccione solo uno)	*Necesario por discapacidad	*Trabajo o tarea para lo que se entrenó al animal	
<input type="checkbox"/> Perro <input type="checkbox"/> Caballo miniatura	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> Perro <input type="checkbox"/> Caballo miniatura	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> Perro <input type="checkbox"/> Caballo miniatura	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

EQUIPO DEL REGISTRANTE				
Indique el equipo médico necesario que dependa de electricidad para este registrante: (seleccione todos los que correspondan)	<input type="checkbox"/> Monitor de apnea	<input type="checkbox"/> Monitor cardíaco	<input type="checkbox"/> CPAP/BiPAP	<input type="checkbox"/> Catéter de diálisis
	<input type="checkbox"/> Bomba de alimentación	<input type="checkbox"/> Medicamentos que necesitan refrigeración	<input type="checkbox"/> Nebulizador	<input type="checkbox"/> Concentrador de oxígeno
	<input type="checkbox"/> Bomba de succión	<input type="checkbox"/> Respirador	<input type="checkbox"/> Drenaje al vacío	
	Otro:			
Indique cualquier equipo médico necesario que NO dependa de electricidad para este registrante: (seleccione todas las opciones que correspondan)	<input type="checkbox"/> EpiPen	<input type="checkbox"/> Catéter urinario permanente (Foley)	<input type="checkbox"/> Bomba de insulina	<input type="checkbox"/> Vía intravenosa periférica
	<input type="checkbox"/> Catéter PICC	<input type="checkbox"/> Port-a-Cath	<input type="checkbox"/> Oxímetro de pulso	<input type="checkbox"/> Traqueostomía

Otra información del Condado	
¿Qué tipo de respirador se utiliza?	
¿Cuáles son las configuraciones del respirador?	
Mencione cualquier equipo médico necesario que NO dependa de electricidad para este registrante	

TRANSPORTE Y MOVILIDAD				
El registrante tiene las siguientes necesidades de transporte: (seleccione todo lo que corresponda)	<input type="checkbox"/> Necesita transporte a un refugio	<input type="checkbox"/> Puede transportarse en auto	<input type="checkbox"/> Puede transportarse en autobús	<input type="checkbox"/> Debe transportarse en un vehículo accesible para silla de ruedas
	<input type="checkbox"/> Debe transportarse en van con camilla	<input type="checkbox"/> Usa silla de ruedas pero puede trasladarse a un asiento de van	<input type="checkbox"/> Su peso necesita un transporte especial	<input type="checkbox"/> Necesita oxígeno continuo durante el transporte
	Los cuidadores necesitan transporte:			
	Otros refugiados necesitan transporte:			
El registrante tiene los siguientes problemas de movilidad: (seleccione todo lo que corresponda)	<input type="checkbox"/> Necesita ayuda para caminar	<input type="checkbox"/> Necesita ayuda para trasladarse a/desde el catre o el dispositivo de movilidad	<input type="checkbox"/> Utiliza un elevador Hoyer para salir del catre	<input type="checkbox"/> Está confinado a una cama
	<input type="checkbox"/> Parapléjico	<input type="checkbox"/> Cuadripléjico	<input type="checkbox"/> Usa un andador	<input type="checkbox"/> Usa un bastón
	<input type="checkbox"/> Usa una silla de ruedas	<input type="checkbox"/> Usa una silla de ruedas motorizada/scooter		
	Otro:			



Registro de personas con necesidades especiales de Florida Información de registro - Condado de Broward

Otra información del Condado	
*¿Está registrado en el paratransito del Condado de Broward (TOPS)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si respondió sí, ¿cuál es su número de ID de cliente TOPS?	
*¿Puede llegar al bordillo de la acera fuera de su domicilio por sí mismo o utilizando su dispositivo/ayuda para la movilidad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
*¿Necesita transporte a un refugio el registrante?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si utiliza una silla de ruedas, ¿necesita ayuda para transferirse?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

INFORMACIÓN MÉDICA Y OTROS	
Conductual: (seleccione todo lo que corresponda)	<input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Autismo <input type="checkbox"/> Bipolar <input type="checkbox"/> Combativo/Violento <input type="checkbox"/> Trastorno de conducta <input type="checkbox"/> Riesgo de fuga <input type="checkbox"/> Obsesivo / compulsivo <input type="checkbox"/> Desorden de la personalidad <input type="checkbox"/> Psicosis <input type="checkbox"/> Esquizofrenia <input type="checkbox"/> Conducta autodestructiva o peligro para otros <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;">Otro:</div>
Memoria: (seleccione todas las que correspondan)	<input type="checkbox"/> Alzheimer y demencias relacionadas <input type="checkbox"/> Demencia <input type="checkbox"/> Memoria deteriorada
Diálisis: (seleccione todas las que correspondan)	<input type="checkbox"/> Hemodiálisis (centro/casa) <input type="checkbox"/> Diálisis peritoneal
Nombre de la compañía principal de seguros:	
Frecuencia de la diálisis: (seleccione solo uno)	<input type="checkbox"/> 1 vez a la semana <input type="checkbox"/> 2 veces a la semana <input type="checkbox"/> 3 veces a la semana <input type="checkbox"/> 4 veces a la semana <input type="checkbox"/> 5 veces a la semana <input type="checkbox"/> 6 veces por semana <input type="checkbox"/> 7 veces a la semana (diario)
ID del seguro n.º:	
Tipo de oxígeno: (seleccione solo uno)	<input type="checkbox"/> Gaseoso <input type="checkbox"/> Líquido
¿Tiene una orden de no reanimar (DNR)? IMPORTANTE: si respondió sí, recuerde llevar la copia original amarilla con usted al refugio de necesidades especiales.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Flujo/cantidad de litros de oxígeno: (seleccione solo uno)	<input type="checkbox"/> 0.5 <input type="checkbox"/> 1.0 <input type="checkbox"/> 1.5 <input type="checkbox"/> 2.0 <input type="checkbox"/> 2.5 <input type="checkbox"/> 3.0 <input type="checkbox"/> 3.5 <input type="checkbox"/> 4.0 <input type="checkbox"/> 4.5 <input type="checkbox"/> 5.0 <input type="checkbox"/> 5.5 <input type="checkbox"/> 6.0 <input type="checkbox"/> 6.5 <input type="checkbox"/> 7.0 <input type="checkbox"/> > 7.0
Modo de administración de oxígeno: (seleccione solo uno)	<input type="checkbox"/> Mascarilla <input type="checkbox"/> Cánula nasal <input type="checkbox"/> Collar de traqueostomía
N.º de Medicare:	
N.º de Medicaid:	
Alergias y reacciones a medicamentos (nombrar todos)	



Registro de personas con necesidades especiales de Florida Información de registro - Condado de Broward

INFORMACIÓN MÉDICA Y OTROS

¿Necesita ayuda con la administración de sus medicamentos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																																				
Otro: (seleccione todo lo que corresponda)	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Discapacidad visual</td> <td><input type="checkbox"/> Parcialmente ciego</td> <td><input type="checkbox"/> Legalmente ciego</td> <td><input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sordo</td> <td><input type="checkbox"/> ALS</td> <td><input type="checkbox"/> Artritis/Osteoporosis</td> <td><input type="checkbox"/> Angina</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Asma</td> <td><input type="checkbox"/> Cáncer</td> <td><input type="checkbox"/> Parálisis cerebral</td> <td><input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> EPOC</td> <td><input type="checkbox"/> Fibrosis quística</td> <td><input type="checkbox"/> Diabetes (tipo 1)</td> <td><input type="checkbox"/> Diabetes (tipo 2)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Incontinencia</td> <td><input type="checkbox"/> Bomba IV</td> <td><input type="checkbox"/> No verbal</td> <td><input type="checkbox"/> Dificultad para entender las instrucciones verbales</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dificultad del habla</td> <td><input type="checkbox"/> Enfisema</td> <td><input type="checkbox"/> Enfermedades cardíacas</td> <td><input type="checkbox"/> Hipertensión (presión alta)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hipotensión (presión baja)</td> <td><input type="checkbox"/> Enfermedades de los riñones</td> <td><input type="checkbox"/> MS</td> <td><input type="checkbox"/> Distrofia muscular</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Colostomía</td> <td><input type="checkbox"/> Ileostomía</td> <td><input type="checkbox"/> Urostomía</td> <td><input type="checkbox"/> Marcapasos/AICD</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Parkinson</td> <td><input type="checkbox"/> Bomba de diálisis peritoneal</td> <td><input type="checkbox"/> Derrame cerebral</td> <td></td> </tr> </table> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;">Escaras (úlceras de decúbito):</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 2px;">Enfermedad contagiosa:</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 2px;">Alergias y reacciones a la comida:</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 2px;">Convulsiones:</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 2px;">Otro:</div>	<input type="checkbox"/> Discapacidad visual	<input type="checkbox"/> Parcialmente ciego	<input type="checkbox"/> Legalmente ciego	<input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva	<input type="checkbox"/> Sordo	<input type="checkbox"/> ALS	<input type="checkbox"/> Artritis/Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Angina	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Parálisis cerebral	<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva	<input type="checkbox"/> EPOC	<input type="checkbox"/> Fibrosis quística	<input type="checkbox"/> Diabetes (tipo 1)	<input type="checkbox"/> Diabetes (tipo 2)	<input type="checkbox"/> Incontinencia	<input type="checkbox"/> Bomba IV	<input type="checkbox"/> No verbal	<input type="checkbox"/> Dificultad para entender las instrucciones verbales	<input type="checkbox"/> Dificultad del habla	<input type="checkbox"/> Enfisema	<input type="checkbox"/> Enfermedades cardíacas	<input type="checkbox"/> Hipertensión (presión alta)	<input type="checkbox"/> Hipotensión (presión baja)	<input type="checkbox"/> Enfermedades de los riñones	<input type="checkbox"/> MS	<input type="checkbox"/> Distrofia muscular	<input type="checkbox"/> Colostomía	<input type="checkbox"/> Ileostomía	<input type="checkbox"/> Urostomía	<input type="checkbox"/> Marcapasos/AICD	<input type="checkbox"/> Parkinson	<input type="checkbox"/> Bomba de diálisis peritoneal	<input type="checkbox"/> Derrame cerebral	
<input type="checkbox"/> Discapacidad visual	<input type="checkbox"/> Parcialmente ciego	<input type="checkbox"/> Legalmente ciego	<input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva																																		
<input type="checkbox"/> Sordo	<input type="checkbox"/> ALS	<input type="checkbox"/> Artritis/Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Angina																																		
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Parálisis cerebral	<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva																																		
<input type="checkbox"/> EPOC	<input type="checkbox"/> Fibrosis quística	<input type="checkbox"/> Diabetes (tipo 1)	<input type="checkbox"/> Diabetes (tipo 2)																																		
<input type="checkbox"/> Incontinencia	<input type="checkbox"/> Bomba IV	<input type="checkbox"/> No verbal	<input type="checkbox"/> Dificultad para entender las instrucciones verbales																																		
<input type="checkbox"/> Dificultad del habla	<input type="checkbox"/> Enfisema	<input type="checkbox"/> Enfermedades cardíacas	<input type="checkbox"/> Hipertensión (presión alta)																																		
<input type="checkbox"/> Hipotensión (presión baja)	<input type="checkbox"/> Enfermedades de los riñones	<input type="checkbox"/> MS	<input type="checkbox"/> Distrofia muscular																																		
<input type="checkbox"/> Colostomía	<input type="checkbox"/> Ileostomía	<input type="checkbox"/> Urostomía	<input type="checkbox"/> Marcapasos/AICD																																		
<input type="checkbox"/> Parkinson	<input type="checkbox"/> Bomba de diálisis peritoneal	<input type="checkbox"/> Derrame cerebral																																			

MEDICAMENTOS DEL REGISTRANTE (Use más papel si necesita más espacio)

*Nombre del medicamento	Dosis	Vía	Necesita refrigeración
		<input type="checkbox"/> Inyector automático <input type="checkbox"/> Inyección <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> Boca <input type="checkbox"/> Subcutáneo <input type="checkbox"/> Sublingual <input type="checkbox"/> Transdérmico <input type="checkbox"/> Inhalado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Inyector automático <input type="checkbox"/> Inyección <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> Boca <input type="checkbox"/> Subcutáneo <input type="checkbox"/> Sublingual <input type="checkbox"/> Transdérmico <input type="checkbox"/> Inhalado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Inyector automático <input type="checkbox"/> Inyección <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> Boca <input type="checkbox"/> Subcutáneo <input type="checkbox"/> Sublingual <input type="checkbox"/> Transdérmico <input type="checkbox"/> Inhalado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Inyector automático <input type="checkbox"/> Inyección	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No



Registro de personas con necesidades especiales de Florida Información de registro - Condado de Broward

MEDICAMENTOS DEL REGISTRANTE (Use más papel si necesita más espacio)

*Nombre del medicamento	Dosis	Vía	Necesita refrigeración
		<input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> Boca <input type="checkbox"/> Subcutáneo <input type="checkbox"/> Sublingual <input type="checkbox"/> Transdérmico <input type="checkbox"/> Inhalado	
		<input type="checkbox"/> Inyector automático <input type="checkbox"/> Inyección <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> Boca <input type="checkbox"/> Subcutáneo <input type="checkbox"/> Sublingual <input type="checkbox"/> Transdérmico <input type="checkbox"/> Inhalado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Inyector automático <input type="checkbox"/> Inyección <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> Boca <input type="checkbox"/> Subcutáneo <input type="checkbox"/> Sublingual <input type="checkbox"/> Transdérmico <input type="checkbox"/> Inhalado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Inyector automático <input type="checkbox"/> Inyección <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> Boca <input type="checkbox"/> Subcutáneo <input type="checkbox"/> Sublingual <input type="checkbox"/> Transdérmico <input type="checkbox"/> Inhalado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

OTRAS NOTAS SOBRE EL REGISTRANTE
