

Fecha: _____

Formulario de Admisión de Adultos

La información solicitada en este formulario se mantendrá confidencial. Por favor, llene el formulario lo más completo posible

Información del Cliente

Apellido _____ Nombre _____ Inicial 2do Nombre _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____ Número de Seguro Social _____ - _____ - _____

Dirección _____ Apt# _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Teléfono de casa _____

Teléfono celular _____ Correo electrónico _____

¿Referido por? _____

 ¿Está buscando consejería debido a una orden judicial, cargos criminales, o por caso CPS? S N

 Podemos: Llamarle Dejar mensaje de voz Enviar mensaje de texto Ninguna de las anteriores

 Prefiere recibir llamadas al: Celular Casa

Género
 Hombre

 Mujer

 No binario/3º género

 Prefiero autodescribirme:

 Prefiero no contestar

Orientación sexual
 Heterosexual

 Lesbiana, gay u homosexual

 Bisexual

 Prefiero autodescribirme:

 Prefiero no contestar

¿Se identifica como transgénero?
 Sí

 No

 Prefiero no contestar

Pronombre Preferido:

 Estado civil: Soltero/a Con pareja Unión libre Comprometido/a Casado/a Separado/a
 Divorciado/a Viudo/a

Si está casado/a, ¿por cuánto tiempo? _____ Si es viudo/a o divorciado/a, ¿desde cuándo? _____

 Raza/Etnicidad: Negro/a Asiático/a Hispano/Latino Indio/a Americano/a
 Isleño/a del Pacífico Blanco/a Otro: _____

Contacto de Emergencia: Nombre _____ Teléfono: _____

Relación con el cliente _____

 Educación - Nivel más alto de educación completado: GED Secundaria Grado _____

 Algunas clases en la universidad Título de Asociado Grado de Licenciatura Título de Posgrado

 Certificación profesional Otro _____

Religión _____

 Empleo: Tiempo completo Independiente Medio tiempo Labores del hogar Estudiante
 Retirado Con discapacidad Desempleado

Empleador/Oficio: _____

Familia

Madre: Edad: _____ Fecha de fallecimiento: _____

Padre: Edad: _____ Fecha de fallecimiento: _____

Hermanos: ¿Cuántos? _____ Yo soy el/la: Mayor De la Mitad Menor Hijo/a Único/a

Nombre y edad de sus hijos/as _____

Nombre y edad de sus hijastros/as _____

Nombre a las personas que viven en la casa con el cliente (nombre y relación) _____

¿Quién vive con usted en casa? _____

¿Alguno de sus hijos ha muerto? S N Si respondió si, en qué circunstancias _____

¿Usted o alguien de su familia del cliente ha sido víctima de abuso o descuido? S N

¿Actualmente está sufriendo de abuso o descuido? S N

Religión _____ Congregación (si aplica) _____

Por favor, marque las que haya experimentado en el último mes:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> ADHD | <input type="checkbox"/> Fobias | <input type="checkbox"/> Problemas con sus padres |
| <input type="checkbox"/> Aislamiento | <input type="checkbox"/> Intranquilidad | <input type="checkbox"/> Problemas de comportamiento |
| <input type="checkbox"/> Alucinaciones | <input type="checkbox"/> Irritabilidad | <input type="checkbox"/> Problemas de concentración |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Miedo crónico | <input type="checkbox"/> Problemas de memoria |
| <input type="checkbox"/> Ataques de pánico | <input type="checkbox"/> Miedos irracionales | <input type="checkbox"/> Problemas de orientación sexual |
| <input type="checkbox"/> Autolesión | <input type="checkbox"/> Obsesiones | <input type="checkbox"/> Problemas de sueño |
| <input type="checkbox"/> Cambio significativo de peso | <input type="checkbox"/> Pensamientos de lastimar a los demás | <input type="checkbox"/> Problemas en el colegio |
| <input type="checkbox"/> Cambios en el apetito | <input type="checkbox"/> Pensamientos de muerte | <input type="checkbox"/> Problemas por abuso/trauma |
| <input type="checkbox"/> Compulsiones | <input type="checkbox"/> Pensamientos de suicido | <input type="checkbox"/> Problemas sexuales |
| <input type="checkbox"/> Conflictos en el trabajo | <input type="checkbox"/> Pérdida de esperanza | <input type="checkbox"/> Rabia |
| <input type="checkbox"/> Delirios | <input type="checkbox"/> Pérdida de fe en Dios | <input type="checkbox"/> Sentimientos de culpa |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Pérdida de sentido de la vida | <input type="checkbox"/> Sentimientos de inutilidad |
| <input type="checkbox"/> Disminución de energía/ Fatiga | <input type="checkbox"/> Planes de lastimar a los demás | <input type="checkbox"/> Siente que está perdiendo el control |
| <input type="checkbox"/> Disminución del placer | <input type="checkbox"/> Planes hacerse daño así mismo | <input type="checkbox"/> Soledad |
| <input type="checkbox"/> Distraído/a fácilmente | <input type="checkbox"/> Preguntas sobre identidad de género | <input type="checkbox"/> Tensión muscular |
| <input type="checkbox"/> Dolor/Duelo | <input type="checkbox"/> Preocupación excesiva | <input type="checkbox"/> Uso de sustancia |
| <input type="checkbox"/> Dudas religiosas | <input type="checkbox"/> Problemas con su pareja | |
| <input type="checkbox"/> Enojo | <input type="checkbox"/> Problemas con sus hijos | |
| <input type="checkbox"/> Estrés | | |
| <input type="checkbox"/> Evita espacios abiertos | | |
| <input type="checkbox"/> Falta de actividades | | |

Historia de salud mental

¿En el pasado ha tenido problemas de salud mental? S N Si respondió sí, explique _____

¿Tiene antecedentes familiares de problemas de salud mental? S N

¿Alguna vez ha recibido tratamiento ambulatorio (consejería, terapia psiquiatra) por problemas de salud mental?

S N Si respondió sí, por favor responda cuándo y dónde _____

¿Alguna vez el cliente ha estado hospitalizado/a o recibido tratamiento hospitalario por problemas de salud mental?

S N Si respondió sí, por favor responda cuándo y dónde _____

¿Alguna vez se ha suicidado alguien cercano a usted? S N

Si respondió sí, por favor responda quién y cuándo _____

Historia Médica

Médico primario: _____ Fecha del último examen médico _____

Enumere las principales enfermedades físicas o síntomas que tenga actualmente _____

Enumere las principales cirugías o enfermedades en los últimos cinco años _____

Enumere los medicamentos que actualmente toma (incluya dosis y el doctor que las prescribe) _____

Historia de uso de sustancias

¿Bebe alcohol? S N En promedio, ¿cuántas bebidas toma? _____ cantidad y tipo _____ por _____ día/semana/mes

¿Usa drogas (ilegales, recreacionales, no prescritas a usted o en exceso)? S N

Si respondió sí, por favor diga cuáles _____

¿Con qué frecuencia? _____ cantidad y tipo _____ por _____ día/semana/mes ¿Por vía intravenosa (IV)? S N

¿Ha recibido alguna vez tratamiento ambulatorio (consejería, terapia, médico psiquiatra o medicación) por problemas de drogas o alcohol? S N Si respondió sí, por favor responda cuándo y dónde:

_____ ¿Completado satisfactoriamente? S N

¿Ha recibido alguna vez tratamiento con hospitalización (hospital, desintoxicación o rehabilitación) por problemas de drogas o alcohol? S N Si respondió sí, por favor responda cuándo y dónde:

_____ ¿Completado satisfactoriamente? S N

¿Qué otra información es importante que su terapeuta sepa?



Tele-salud/Tele-consejería

La Tele-salud/Tele-consejería se refiere al diagnóstico, consulta, facturación, consulta educativa, entrenamiento profesional y capacitación impartido de manera electrónica. Esto permite a los consejeros de West Texas Counseling & Guidance (WTCG) conectarse con clientes a través de audio/video interactivo. Uno de los beneficio de esta modalidad, es que los clientes y los consejeros pueden comunicarse sin estar físicamente presentes en el mismo lugar. Esto puede ser beneficioso si el cliente se muda a un lugar diferente o no le es posible estar físicamente presente en la consulta. También puede servir como una oportunidad para recibir tratamiento para aquellos clientes que no tengan acceso a tratamiento en su comunidad.

Algunos de los consejeros de WTCG practican los dos modos de consejería, presencial y virtual. Por favor, consulte con nuestra recepción para determinar si estas opciones están disponibles para usted. Si es adecuado y ambas partes tienen la capacidad de hacerlo, en ocasiones las consultas pueden cambiar de un modo al otro.

Plan de Manejo de Crisis:

Entiendo que en caso de emergencia/crisis, o si el consejero/a no puede determinar claramente los factores para factores para garantizar mi propia seguridad o la de otra persona durante la consulta, mi consejero/a tiene derecho a comunicarse con las siguientes personas para asistencia adicional:

1) Nombre de contacto: _____

Teléfono(s): _____

2) Nombre de contacto: _____

Teléfono(s): _____

3) Nombre de contacto: _____

Teléfono(s): _____

Entiendo que, si lo considera necesario, mi consejero/a puede solicitar un Chequeo de Bienestar, comunicarse con las autoridades locales y/o el 911. Mi consejero/a también puede recomendar un tratamiento alternativo o remitirme a la próxima cita de crisis disponible con el personal de WTCG.

Acuse de recibido

La información escrita en este formulario es correcta a mi saber y entender

Firma del cliente

Fecha



Citas Perdidas, Cancelaciones, y Pago de Servicios

Nombre del Cliente: _____

Cuando hace una cita con nuestros consejeros/as, West Texas Counseling & Guidance reserva ese tiempo sólo para usted. Si usted no va a asistir a su cita, nos gustaría dar a otro cliente la oportunidad de tomar esa vacante. Las citas perdidas afectan nuestra financiación, capacidad para presupuestar a nuestro personal, y el salario del personal. Es por esto que necesitamos **notificación de cancelación 24 horas antes de su cita**. Puede dejar un mensaje en nuestro buzón de voz, incluso los fines de semana. La hora de su llamada será incluida en el mensaje. Si no cancela antes de las 24 horas requeridas, no se presenta a su cita y/o llega más de 15 minutos tarde a más de dos citas en un periodo de tres meses, será puesto en la lista de espera y/o se le solicitará hacer cita con otro consejero/a. También puede que se le cobre una **tarifa de cita perdida de \$50**, la cual debe ser cancelada antes de poder volver a ser visto por un consejero/a. Si usted está siendo atendido por un costo reducido y paga menos de \$50 por sesión, la tarifa de cita perdida será el costo de una sesión habitual. Si usted está siendo atendido sin ningún costo adicional, la tarifa de cita perdida será \$5.

No se pueden facturar las citas perdidas en ciertos seguros –Medicaid, Programa de Asistencia al Empleado, o algunos seguros privados-. Agradecemos la cortesía que usted nos extiende al aceptar este acuerdo. Tenga en cuenta que **no podemos facturar a su compañía de seguros por citas perdidas** o por cancelaciones tardías. Todos los clientes citados a una sesión deberán estar presentes para que la cita se mantenga (por ejemplo, las dos partes en una cita de parejas, etc.).

Es posible que algunos seguros no reembolsen ciertos servicios ofrecidos por WTCG; en el caso que el seguro no reembolse por un servicio proporcionado y el cliente no sea elegible para uno de los programas de asistencia, el cliente será el responsable del pago de ese servicio.

A juicio del consejero/a: su consejero/a puede elegir continuar viendo al cliente sin requerir citas para el mismo día. También puede pasar por alto el cobro de \$50 por citas perdidas.

En caso de mal tiempo: las citas perdidas debido a condiciones meteorológicas peligrosas no serán contadas como citas perdidas. Los consejeros/as mantienen el siguiente horario establecido, por lo tanto:

- Si tiene 15 minutos de retraso para una cita de 60 minutos, es posible que no se le atienda.
- Si tiene 10 minutos de retraso para una cita de 45 minutos, es posible que no se le atienda.
- Si tiene 5 minutos de retraso para una cita de 30 minutos, es posible que no se le atienda.

Comparecer ante un tribunal: en caso de que usted solicite o sea requerido por ley la publicación de sus registros o el testimonio del consejero/a, usted será responsable de los costos involucrados en la producción de los registros, así como el **costo por el tiempo (\$120 por hora)** que tome su consejero/a al comparecer frente al tribunal. Dichos pagos deben realizarse antes de que su consejero/a de testimonio ante el tribunal.



Al firmar este acuerdo reconozco que comprendo todas las medidas y políticas presentadas. Acepto y estoy de acuerdo con todos estas medidas durante el transcurso de mi tratamiento en West Texas Counseling & Guidance.

Firma del Cliente o Padre/Madre/Guardián si el cliente es menor

Fecha

Firma del personal de WTCG

Fecha

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?
(Marque con un “” para indicar su respuesta)

		Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3	
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3	
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3	
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3	
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3	
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3	
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3	
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3	
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3	

FOR OFFICE CODING 0 + _____ + _____ + _____

=Total Score: _____

Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

**No ha sido
difícil**

**Un poco
difícil**

**Muy
difícil**

**Extremadamente
difícil**

GAD-7

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?

Ningún
día

Varios
días

Más de la
mitad de
los días

Casi todos
los días

(Marque con un “ ” para indicar su respuesta)

1. Se ha sentido nervioso(a), ansioso(a) o con los nervios de punta 0 1 2 3

2. No ha sido capaz de parar o controlar su preocupación 0 1 2 3

3. Se ha preocupado demasiado por motivos diferentes 0 1 2 3

4. Ha tenido dificultad para relajarse 0 1 2 3

5. Se ha sentido tan inquieto(a) que no ha podido quedarse quieto(a) 0 1 2 3

6. Se ha molestado o irritado fácilmente 0 1 2 3

7. Ha tenido miedo de que algo terrible fuera a pasar 0 1 2 3

(**For office coding: Total Score T _____ = _____ + _____ + _____**)

Elaborado por los doctores Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y colegas, mediante una subvención educativa otorgada por Pfizer Inc. No se requiere permiso para reproducir, traducir, presentar o distribuir.

LPC Abreviado

Lista de Verificación Post-Traumática – 6 items Versión para Civiles

Este cuestionario es sobre problemas y quejas que a veces tienen personas en respuesta a experiencias estresantes en sus vidas. Por favor, indicar qué tanto le ha molestado cada uno de los siguientes problemas en el **último mes**.

Las opciones a cada una de las preguntas son las siguientes:

1 Nada	2 Un poco	3 Moderadamente	4 Bastante	5 Extremadamente
-----------	--------------	--------------------	---------------	---------------------

1. ¿Imágenes o recuerdos repetidos, perturbadores e indeseados sobre una experiencia estresante que haya tenido?	1	2	3	4	5
2. ¿Sentirse muy angustiado cuando algo le hizo recordar la experiencia estresante?	1	2	3	4	5
3. ¿Evita actividades o situaciones porque le recuerdan la experiencia estresante?	1	2	3	4	5
4. ¿Irritabilidad o explosiones de rabia?	1	2	3	4	5
5. ¿Sentirse muy nervioso o sobresaltarse fácilmente?	1	2	3	4	5

Notas:

Un puntaje de 14 o más sugiere problemas con stress post-traumático, y señala a evaluaciones adicionales y posible remisión a tratamiento.

Traducción basada en:

The Abbreviated PCL-C: Lang, A.J., Stein, M.B. (2005) An abbreviated PTSD checklist for use as a screening instrument in primary care. Behaviour Research and Therapy, 43, 585-594.

COLUMBIA-ESCALA DE SEVERIDAD SUICIDA (C-SSRS)

Versión exploratoria - Reciente

		Pasado Mes	
		Sí	No
Formule las preguntas que están en negrita.			
Formule las preguntas 1 y 2			
1) ¿Ha deseado estar muerto(a) o poder dormirse y no despertar?			
2) ¿Ha tenido realmente la idea de suicidarse?			
<p>Si la respuesta es "Sí" a la pregunta 2, formule las preguntas 3, 4, 5, y 6. Si la respuesta es "No" continúe a la pregunta 6.</p>			
3) ¿Ha pensado en cómo llevaría esto a cabo? Esto incluye a un(a) participante que diría: "He tenido la idea de tomar una sobredosis, pero nunca hice un plan específico sobre el momento, el lugar o cómo lo haría realmente... y nunca lo haría".			
4) ¿Ha tenido estas ideas y en cierto grado la intención de llevarlas a cabo? a diferencia de "Tengo los pensamientos, pero definitivamente no haré nada al respecto".			
5) ¿Ha comenzado a elaborar o ha elaborado los detalles sobre cómo suicidarse? ¿Tiene intenciones de llevar a cabo este plan?			
6) ¿Alguna vez ha hecho algo usted, comenzado a hacer algo o se ha preparado para hacer algo para terminar su vida? Ejemplos: Colectar píldoras, obtener una arma, regalar cosas de valor, escribir un testamento o carta de suicidio, sacar píldoras de la botella pero no las tragado, agarrar una arma pero ha cambiado de mente de usarla o alguien se la ha quitado de sus manos, ha subido al techo pero no ha saltado al vacío; o realmente ha tomado píldoras, ha tratado de disparar una arma, se ha cortado, ha tratado de colgarse, etc.			
<i>Si la respuesta es "Sí", formule: ¿Fue esto en los últimos 3 meses?</i>			

- Low Risk
- Moderate Risk
- High Risk

For inquiries and training information contact: Kelly Posner, Ph.D.

New York State Psychiatric Institute, 1051 Riverside Drive, New York, New York, 10032; posnerk@nyspi.columbia.edu

© 2008 The Research Foundation for Mental Hygiene, Inc.



Consentimiento informado para Psicoterapia/Consejería, y Recepción de Prácticas de Privacidad

Nombre del Cliente: _____

Me ha sido proporcionada una copia impresa de la *Explicación de Servicios de Psicoterapia/Servicios de Consejería* y de la *Notificación de Prácticas de Privacidad*. El terapeuta/consejero/trabajador social clínico también me ha dado una explicación verbal de los servicios y las prácticas de privacidad de psicoterapia/consejería/trabajo social clínico, así como las excepciones a la confidencialidad. Tal información también puede ser encontrada la página web de WTCG (www.sanangelocounseling.org), sección de formularios (Forms), con el título *Explanation of Services and Privacy Practices*. He tenido la oportunidad de revisar el documento *Explicación de Servicios de Psicoterapia/Servicios de Consejería y Notificación de Prácticas de Privacidad* y otra información pertinente, y de hacer preguntas. Todas las preguntas han sido respondidas a mi satisfacción.

Estoy tomando una decisión informada, libre de toda presión, para participar en servicios de psicoterapia/consejería/trabajo social clínico, y para que se utilice mi información no identificable con fines de investigación académica. Si quisiera retirar mi información no identificable de la recopilación y evaluación de datos, debo enviar una solicitud por escrito al correo electrónico reception@wtcg.us. Entiendo que no se me negarán los servicios si decido retirar mi información no identificable de la recopilación de datos.

Si se considera necesario o apropiado usar los servicios de teleconsejería de West Texas Counseling & Guidance, acepto el Consentimiento informado de Tele-salud/Tele-consejería proporcionado en el documento *Explicación de Servicios de Psicoterapia/Servicios de Consejería y Notificación de Prácticas de Privacidad*. Tal información también puede ser encontrada la página web de WTCG (www.sanangelocounseling.org), sección de formularios (Forms), con el título *Explanation of Services and Privacy Practices*. Tengo la oportunidad de discutir las políticas de telesalud con mi terapeuta y hacer cualquier pregunta que pueda tener con respecto a los servicios de teleconsejería antes de usar los servicios.

Firma del Cliente

Fecha

Firma del personal de WTCG

Fecha



Formulario de Elegibilidad para el Programa Militar

La información solicitada en este formulario será utilizada para ayudar a determinar su elegibilidad para los servicios proporcionados a los miembros del servicio militar y sus familias. Por favor, llene el formulario lo más completo posible.

Nombre_____ Apellido_____

1. ¿El cliente ha prestado servicio militar para los Estados Unidos? S N

Actualmente, ¿cuál es su estado militar?

- Servicio Activo
- Servicio previo
- Guardia Nacional/Reservas

2. ¿Está el cliente relacionado con alguien que haya o este actualmente prestando servicio militar en los Estados Unidos (ver las siguientes opciones) ? S N

- Esposo/a
- Hijo/a
- Hermano/a
- Padre/Madre
- Abuelo/a

►Si usted contestó no a las preguntas 1 o 2, usted no tiene que continuar llenando este formulario.

3. Por favor, contestar las siguientes preguntas con información sobre usted o el familiar que haya o este actualmente prestando servicio militar

a. Fechas de servicio: desde_____ hasta_____

b. ¿Discapacidad relacionada con el servicio militar? S N

c. Rango: Oficial Alistado Suboficial

d. Rama: La Armada El Cuerpo de Marines El Ejercito La Guardia Costera

La Fuerza Aérea Fuerza Espacial



Elegibilidad de estatus militar o de dependiente con base a la siguiente documentación

A los individuos que soliciten servicios del Programa Miliar y aseguren que cuentan con los requisitos de elegibilidad sin haber entregado la documentación requerida, se les proporcionara elegibilidad por tres sesiones. Esto les dará suficiente tiempo para adquirir las muestras de elegibilidad. Por favor, lea el siguiente listado de documentos con los que se puede verificar su elegibilidad. Si el individuo es un miembro de la familia, para obtener los servicios financiados por este programa deberá presentar prueba del servicio militar del familiar y de la relación con el miembro del servicio miliar.

- DD 214, Certificado de alta o baja del servicio activo
- NGB-22, Informe de la Guardia Nacional de separación y registro de servicio
- NA Form 13038, Certificado de Servicio Militar
- Carta oficial del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA) o carta de dispacacidad
- Una carta sobre sus beneficios del VA (E-benefits)
- Tarjeta de identificación de los servicios uniformados
- Licencia de conducir del estado de Texas, con designación de veterano/a
- Certificado de verificación de servicio militar activo del Manpower Data Center del Departamento de Defense (sólo para aquellos en servicio activo)
- Seguro médico Tricare, Triwest, o CHAMP VA

Familia

- Tarjeta de identificación de los servicios uniformados
- Certificado de Matrimonio (debe incluir por lo menos uno de los documentos listados anteriormente)
- Certificado de Nacimiento (debe incluir por lo menos uno de los documentos listados anteriormente)
- Certificado de Adopción (debe incluir por lo menos uno de los documentos listados anteriormente)
- Seguro médico Tricare, Triwest, o CHAMP VA

Cónyuge sobreviviente

- Tarjeta de identificación de los servicios uniformados
 - Certificado de Matrimonio (debe incluir por lo menos uno de los documentos listados anteriormente)
 - Certificado de difunción (debe incluir por lo menos uno de los documentos listados anteriormente)
 - Seguro médico Tricare, Triwest, o CHAMP VA
- Copia de los documentos de elegibilidad fue proporcionada e incluida en el perfil del cliente.**

- Alerta creada en el perfil del cliente indicando que necesita documentación (“needs military documentation”)

Firma del personal de WTCG

Fecha