

|   |  |   |
|---|--|---|
| Número del estudio: BP39055<br>Número del centro: | Número del paciente:<br><br>Fecha de evaluación: | Nombre del evaluador:<br><br>Firma del evaluador: |
| Número de visita:                                 | Hora de evaluación:                              | Iniciales del evaluador: _ _                      |

# MEDICIÓN DE LA FUNCIÓN MOTORA en enfermedades neuromusculares MFM

## TABLA DE PUNTUACIÓN

Cansancio del paciente al inicio de la prueba MFM respecto a su estado habitual (opinión del paciente):

Más en forma  En su estado habitual  Más cansado  Mucho más cansado

La MFM es una escala de evaluación precisa, estandarizada, concebida y validada por el grupo de estudio MFM para medir las capacidades motoras funcionales de pacientes con enfermedades neuromusculares. La evaluación reiterada con la MFM en diferentes períodos, permite medir los cambios de las capacidades motoras funcionales del paciente. El esquema de puntuación que sigue debe servir como indicación general. Todos los ítems poseen indicaciones específicas para cada puntuación. La utilización de estas indicaciones es imperativa para poder evaluar cada ítem. Todas estas indicaciones están descritas en el Manual del usuario.

### Esquema de puntuación

- 0 = no puede iniciar la prueba o no puede mantener la posición de partida
- 1 = realiza parcialmente el ejercicio
- 2 = realiza el movimiento indicado de manera incompleta, o completamente pero de forma imperfecta (compensaciones, duración insuficiente de mantenimiento de la posición, lentitud, falta de control del movimiento etc.)
- 3 = realiza completamente, «normalmente» el ejercicio, el movimiento es controlado, dominado, dirigido y realizado a velocidad constante.

En el ensayo clínico de Roche Sunfish se han añadido preguntas adicionales a la hoja de puntuación estándar de la prueba MFM, como la presencia de contracturas. También se ha añadido el tipo de silla utilizada (silla de ruedas o silla estándar) y de soporte para garantizar que se utilice el mismo equipo durante el estudio para un paciente dado. Estas preguntas se han añadido en la sección de comentarios.

La MFM es la medida principal de eficacia en Sunfish, por tanto, es crucial identificar los factores que podrían interferir en el efecto del medicamento sobre la puntuación.

No olvide completar esta información.

Cabe destacar que los 12 ejercicios específicos para pacientes mayores de 6 años deben ser completados por todos los pacientes, independientemente de su edad. Si el paciente no puede realizar uno de estos ejercicios por su edad, entonces deberá marcar la casilla “No se ha sometido a prueba por no ser adecuado en términos de desarrollo”

© Copyright: La Medición de Función Motora© está protegida por un copyright internacional con todos los derechos reservados al Comité de seguimiento MFM. No usar sin autorización. Para cualquier información o autorización de uso de la Medición de Función Motora©, contactar con [carole.vuillerot@chu-lyon.fr](mailto:carole.vuillerot@chu-lyon.fr)

|   |  |   |
|---|--|---|
| Número del estudio: BP39055<br>Número del centro: | Número del paciente:<br><br>Fecha de evaluación: | Nombre del evaluador:<br><br>Firma del evaluador: |
| Número de visita:                                 | Hora de evaluación:                              | Iniciales del evaluador: _ _                      |

### MFM 32

#### Elementos

|  | D1   | D2   | D3   |
|--|--|--|--|
| <b>1.</b> ACOSTADO BOCA ARRIBA, CABEZA EN EL EJE: mantiene la cabeza en el eje después girarla completamente a un lado y después, del otro.<br><i>comentarios</i> : .....<br>¿Limitado por contractura (LPC)? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>  |  | <input type="checkbox"/> 0<br><input type="checkbox"/> 1<br><input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> 3 |  |
| <b>2.</b> ACOSTADO BOCA ARRIBA: mantiene la cabeza y la mantiene levantada.<br><i>comentarios</i> : .....<br>No se ha sometido a prueba por no ser adecuado en términos de desarrollo  |  | <input type="checkbox"/> 0<br><input type="checkbox"/> 1<br><input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> 3 |  |
| <b>3.</b> ACOSTADO BOCA ARRIBA: doblando la cadera y la rodilla más de 90° sin despegar el pie del suelo.<br><i>comentarios</i> : .....<br>Lado sometido a prueba : derecha <input type="checkbox"/> izquierda <input type="checkbox"/>  |  | <input type="checkbox"/> 0<br><input type="checkbox"/> 1<br><input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> 3 |  |
| <b>4.</b> ACOSTADO BOCA ARRIBA, PIERNA SUJETA POR EL EXAMINADOR: de la posición pie relajado en flexión plantar, realiza una flexión dorsal del pie a 90° respecto a la pierna.<br><i>comentarios</i> : .....<br>¿Limitado por contractura? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/><br>Lado sometido a prueba: derecha <input type="checkbox"/> izquierda <input type="checkbox"/> |  |  | <input type="checkbox"/> 0<br><input type="checkbox"/> 1<br><input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> 3 |
| <b>5.</b> ACOSTADO BOCA ARRIBA: levanta una mano de la camilla y la lleva hasta el hombro opuesto.<br><i>comentarios</i> : .....<br>I: ¿Limitado por contracturas de codo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/><br>Lado sometido a prueba : derecha <input type="checkbox"/> izquierda <input type="checkbox"/>   |  | <input type="checkbox"/> 0<br><input type="checkbox"/> 1<br><input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> 3 |  |
| <b>6.</b> ACOSTADO BOCA ARRIBA, MIEMBROS INFERIORES SEMI FLEXIONADOS, RÓTULAS EN EL ZENIT Y LOS PIES DESCANSAN SOBRE EL SUELO: levanta la pelvis, columna lumbar, pelvis y muslos alineados y pies juntos.<br><i>comentarios</i> : .....<br>¿Limitado por contracturas de cadera/rodilla? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> 0<br><input type="checkbox"/> 1<br><input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> 3 |  |  |
| <b>7.</b> ACOSTADO BOCA ARRIBA: se gira boca abajo y despeja los miembros superiores de debajo del cuerpo.<br><i>comentarios</i> : .....<br>¿Limitado por contractura? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/><br>Lado sometido a prueba: derecha <input type="checkbox"/> izquierda <input type="checkbox"/>  |  | <input type="checkbox"/> 0<br><input type="checkbox"/> 1<br><input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> 3 |  |
| <b>8.</b> ACOSTADO BOCA ARRIBA: sin apoyo de los miembros superiores se sienta en el suelo.<br><i>comentarios</i> .....  | <input type="checkbox"/> 0<br><input type="checkbox"/> 1<br><input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> 3 |  |  |
| <b>9.</b> SENTADO EN EL SUELO: sin apoyo de los miembros superiores mantiene la estación sentado después es capaz de mantener el contacto entre las 2 manos.<br><i>comentarios</i> : .....   |  | <input type="checkbox"/> 0<br><input type="checkbox"/> 1<br><input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> 3 |  |
| <b>10.</b> SENTADO EN EL SUELO, UNA PELOTA DE TENIS SITUADO DELANTE DEL SUJETO: sin apoyo de los miembros superiores se inclina hacia adelante, toca la pelota y luego se endereza.<br><i>comentarios</i> : .....<br>¿Limitado por contractura? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>  |  | <input type="checkbox"/> 0<br><input type="checkbox"/> 1<br><input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> 3 |  |

|   |  |   |
|---|--|---|
| Número del estudio: BP39055<br>Número del centro: | Número del paciente:<br><br>Fecha de evaluación: | Nombre del evaluador:<br><br>Firma del evaluador: |
| Número de visita:                                 | Hora de evaluación:                              | Iniciales del evaluador: __ __                    |

| Elementos  | D1   | D2   | D3   |
|--|--|--|--|
| <b>11. SENTADO EN EL SUELO:</b> se pone de pie sin apoyo de los miembros superiores.<br><i>comentarios:</i> .....<br>.....<br>Puntúe 1 si se utiliza material  | <input type="checkbox"/> 0<br><input type="checkbox"/> 1<br><input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> 3 |  |  |
| <b>12. DE PIE:</b> sin apoyo de los miembros superiores, se sienta en la silla manteniendo los pies próximos.<br><i>comentarios:</i> .....<br>.....  | <input type="checkbox"/> 0<br><input type="checkbox"/> 1<br><input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> 3 |  |  |
| <b>13. SENTADO EN LA SILLA:</b> sin apoyo de los miembros superiores y sin apoyo contra el respaldo de la silla mantiene la posición sentada, cabeza y tronco en el eje.<br><i>comentarios:</i> .....<br>.....<br>¿Limitado por contractura? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/><br>¿Limitado por escoliosis? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/><br>¿Limitado por artrodesis? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/><br>No se ha sometido a prueba por no ser adecuado en términos de desarrollo <input type="checkbox"/>  |  | <input type="checkbox"/> 0<br><input type="checkbox"/> 1<br><input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> 3 |  |
| <b>14. SENTADO EN LA SILLA* O EN SU SILLA DE RUEDAS*, CABEZA POSICIONADA EN FLEXIÓN:</b> de la posición cabeza flexionada completamente, levanta la cabeza y después la mantiene levantada, movimiento y mantenimiento se hacen con la cabeza en el eje.<br><i>comentarios:</i> .....<br>*En sedestación: silla de ruedas sin reposabrazos <input type="checkbox"/> , O silla/superficie <input type="checkbox"/> Corsé: S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>¿Limitado por contractura? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>   |  | <input type="checkbox"/> 0<br><input type="checkbox"/> 1<br><input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> 3 |  |
| <b>15. SENTADO EN LA SILLA* O EN SU SILLA DE RUEDAS*, ANTE-BRAZOS PUESTOS SOBRE LA MESA, CODOS FUERA DE LA MESA:</b> lleva a la vez las 2 manos sobre la cima del cráneo, la cabeza y el tronco permanecen en el eje.<br><i>comentarios:</i> .....<br>*En sedestación: silla de ruedas sin reposabrazos <input type="checkbox"/> , O silla/superficie <input type="checkbox"/> Corsé: S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>No se ha sometido a prueba por no ser adecuado en términos de desarrollo <input type="checkbox"/>   |  | <input type="checkbox"/> 0<br><input type="checkbox"/> 1<br><input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> 3 |  |
| <b>16. SENTADO EN LA SILLA* O EN SU SILLA DE RUEDAS*, EL LÁPIZ SITUADO SOBRE LA MESA:</b> coge el lápiz con una mano, codo en extensión completa al final del movimiento.<br><i>comentarios:</i> .....<br>.....<br>*En sedestación: silla de ruedas sin reposabrazos <input type="checkbox"/> , O silla/superficie <input type="checkbox"/> Corsé: S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>¿Limitado por contracturas del codo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/><br>Lado sometido a prueba: derecha <input type="checkbox"/> izquierda <input type="checkbox"/><br>No se ha sometido a prueba por no ser adecuado en términos de desarrollo <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> 0<br><input type="checkbox"/> 1<br><input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> 3 |  |
| <b>17. SENTADO EN LA SILLA* O EN SU SILLA*, 10 MONEDAS SITUADAS EN LA MESA:</b> coge sucesivamente y almacena 10 monedas de 10 céntimos en una mano al cabo de 20 segundos.<br><i>comentarios:</i> .....<br>.....<br>*En sedestación: silla de ruedas sin reposabrazos <input type="checkbox"/> , O silla/superficie <input type="checkbox"/> Corsé: S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>Lado sometido a prueba: derecha <input type="checkbox"/> izquierda <input type="checkbox"/><br>No se ha sometido a prueba por no ser adecuado en términos de desarrollo <input type="checkbox"/>   |  |  | <input type="checkbox"/> 0<br><input type="checkbox"/> 1<br><input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> 3 |

|   |  |   |
|---|--|---|
| Número del estudio: BP39055<br>Número del centro: | Número del paciente:<br><br>Fecha de evaluación: | Nombre del evaluador:<br><br>Firma del evaluador: |
| Número de visita:                                 | Hora de evaluación:                              | Iniciales del evaluador: _ _                      |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <p><b>18. SENTADO EN LA SILLA* O EN SU SILLA DE RUEDAS*, UN DEDO PUESTO EN EL CENTRO EN UN CD FIJO:</b> realiza el giro completo del CD con un dedo, sin apoyo de la mano.</p> <p><i>comentarios:</i> .....</p> <p>*En sedestación: silla de ruedas sin reposabrazos <input type="checkbox"/>, O silla/superficie <input type="checkbox"/> Corsé: S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p>Temblores Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Lado sometido a prueba: derecha <input type="checkbox"/> izquierda <input type="checkbox"/></p> |  |  | <input type="checkbox"/> 0<br><input type="checkbox"/> 1<br><input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> 3 |
|--|--|--|--|

|                  |           |           |           |
|------------------|-----------|-----------|-----------|
| <b>Elementos</b> | <b>D1</b> | <b>D2</b> | <b>D3</b> |
|------------------|-----------|-----------|-----------|

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <p><b>19. SENTADO EN LA SILLA* O EN SU SILLA DE RUEDAS*, EL LÁPIZ SITUADO SOBRE LA MESA:</b> coge el lápiz situado al lado de su mano luego dibuja una serie continua de bucles de 1 cm de altura en un cuadro de 4 cm de longitud.</p> <p style="text-align: center;"> <b>Intento nº 1</b> <br/> <b>Intento nº 2</b>  </p> <p><i>comentarios:</i> .....</p> <p>*En sedestación: silla de ruedas sin reposabrazos <input type="checkbox"/>, O silla/superficie <input type="checkbox"/> Corsé: S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">Lado sometido a prueba : derecha <input type="checkbox"/> izquierda <input type="checkbox"/></p> <p>No se ha sometido a prueba por no ser adecuado en términos de desarrollo <input type="checkbox"/></p> |  |  | <input type="checkbox"/> 0<br><input type="checkbox"/> 1<br><input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> 3 |
|---|--|--|--|

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <p><b>20. SENTADO EN LA SILLA* O EN SU SILLA DE RUEDAS*, UNA HOJA DE PAPEL SITUADA EN SUS MANOS:</b> rompe la hoja doblada en 4 comenzando por el pliegue.</p> <p><i>comentarios:</i> .....</p> <p>*En sedestación: silla de ruedas sin reposabrazos <input type="checkbox"/>, O silla/superficie <input type="checkbox"/> Corsé: S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p>No se ha sometido a prueba por no ser adecuado en términos de desarrollo <input type="checkbox"/></p> |  |  | <input type="checkbox"/> 0<br><input type="checkbox"/> 1<br><input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> 3 |
|--|--|--|--|

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <p><b>21. SENTADO EN LA SILLA* O EN SU SILLA DE RUEDAS*, LA PELOTA DE TENIS SITUADA SOBRE LA MESA:</b> coge la pelota luego gira su mano completamente sujetando la pelota.</p> <p><i>comentarios:</i> .....</p> <p>*En sedestación: silla de ruedas sin reposabrazos <input type="checkbox"/>, O silla/superficie <input type="checkbox"/> Corsé: S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p>¿Limitado por contractura? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Lado sometido a prueba: derecha <input type="checkbox"/> izquierda <input type="checkbox"/></p> |  |  | <input type="checkbox"/> 0<br><input type="checkbox"/> 1<br><input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> 3 |
|--|--|--|--|

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <p><b>22. SENTADO EN LA SILLA* O EN SU SILLA DE RUEDAS*, UN DEDO PUESTO EN EL CENTRO DE UN CUADRADO FIJO:</b> levanta el dedo y lo pone sucesivamente en el centro de las 8 casillas del cuadro sin tocar el cuadrilátero.</p> <p><i>comentarios:</i> .....</p> <p>*En sedestación: silla de ruedas sin reposabrazos <input type="checkbox"/>, O silla/superficie <input type="checkbox"/> Corsé: S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Lado sometido a prueba: derecha <input type="checkbox"/> izquierda <input type="checkbox"/></p> |  |  | <input type="checkbox"/> 0<br><input type="checkbox"/> 1<br><input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> 3 |
|---|--|--|--|

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <p><b>23. SENTADO EN LA SILLA* O EN SU SILLA DE RUEDAS*, MIEMBROS SUPERIORES A LO LARGO DEL CUERPO:</b> pone a la vez los 2 antebrazos y/o las manos sobre la mesa.</p> <p><i>comentarios:</i> .....</p> <p>*En sedestación: silla de ruedas sin reposabrazos <input type="checkbox"/>, O silla/superficie <input type="checkbox"/> Corsé: S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p> <p>¿Limitado por contractura? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> |  | <input type="checkbox"/> 0<br><input type="checkbox"/> 1<br><input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> 3 |  |
|--|--|--|--|

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <p><b>24. SENTADO EN LA SILLA:</b> se pone de pie, sin apoyo de los miembros superiores, los pies juntos.</p> <p><i>comentarios:</i> .....</p> | <input type="checkbox"/> 0<br><input type="checkbox"/> 1<br><input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> 3 |  |  |
|--|--|--|--|

|   |   |   |
|---|---|---|
| Número del estudio: BP39055<br>Número del centro: | Número del paciente:<br><br>Fecha de evaluación:<br><br>Hora de evaluación: | Nombre del evaluador:<br><br>Firma del evaluador:<br><br>Iniciales del evaluador: _ _ |
| Número de visita:                                 |   |   |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <b>25. DE PIE, CON APOYO DE LOS MIEMBROS SUPERIORES SOBRE UN MATERIAL:</b> se suelta luego mantiene la estación de pie con los pies próximos, cabeza, tronco y miembros en el eje.<br><i>comentarios:</i> .....<br>¿Limitado por contractura? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/><br>¿Limitado por escoliosis? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 0<br><input type="checkbox"/> 1<br><input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> 3 |  |  |
|--|--|--|--|

| Elementos  | D1   | D2 | D3 |
|--|--|----|----|
| <b>26. DE PIE, CON APOYO DE LOS MIEMBROS SUPERIORES SOBRE UN MATERIAL:</b> sin apoyo de los miembros superiores levanta un pie, 10 segundos.<br><i>comentarios:</i> .....<br>No se ha sometido a prueba por no ser adecuado en términos de desarrollo <input type="checkbox"/><br>.....<br>Lado sometido a prueba:    derecha: <input type="checkbox"/> izquierda : <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 0<br><input type="checkbox"/> 1<br><input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> 3 |    |    |
| <b>27. DE PIE:</b> sin apoyo, se baja o si inclina, toca el suelo con una mano luego se levanta.<br><i>comentarios:</i> .....<br>.....   | <input type="checkbox"/> 0<br><input type="checkbox"/> 1<br><input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> 3 |    |    |
| <b>28. DE PIE SIN APOYO:</b> realiza 10 pasos hacia adelante sobre los 2 talones.<br><i>comentarios:</i> .....<br>.....<br>No se ha sometido a prueba por no ser adecuado en términos de desarrollo <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> 0<br><input type="checkbox"/> 1<br><input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> 3 |    |    |
| <b>29. DE PIE SIN APOYO:</b> da 10 pasos hacia adelante sobre una línea recta.<br><i>comentarios:</i> .....<br>.....<br>No se ha sometido a prueba por no ser adecuado en términos de desarrollo <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> 0<br><input type="checkbox"/> 1<br><input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> 3 |    |    |
| <b>30. DE PIE SIN APOYO:</b> corre 10 metros.<br><i>comentarios:</i> .....<br>.....  | <input type="checkbox"/> 0<br><input type="checkbox"/> 1<br><input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> 3 |    |    |

|   |  |   |
|---|--|---|
| Número del estudio: BP39055<br>Número del centro: | Número del paciente:<br><br>Fecha de evaluación: | Nombre del evaluador:<br><br>Firma del evaluador: |
| Número de visita:                                 | Hora de evaluación:                              | Iniciales del evaluador: _ _                      |

**Elementos**

|   | <b>D1</b>  | <b>D2</b>  | <b>D3</b>  |
|---|--|------------|------------|
| <b>31.</b> DE PIE SIN APOYO: realiza 10 pasos hacia adelante sobre una línea recta.<br><i>comentarios:</i> .....<br>No se ha sometido a prueba por no ser adecuado en términos de desarrollo<br>Lado sometido a prueba: derecha: <input type="checkbox"/> izquierda: <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 0<br><input type="checkbox"/> 1<br><input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> 3 |            |            |
| <b>32.</b> DE PIE SIN APOYO: sin apoyo de los miembros superiores llega a la posición de cuclillas luego se levanta, 2 veces seguidas.<br><i>comentarios:</i> .....<br>.....  | <input type="checkbox"/> 0<br><input type="checkbox"/> 1<br><input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> 3 |            |            |
| *   | <b>D1=</b>   | <b>D2=</b> | <b>D3=</b> |

\* Todos los cálculos se hacen automáticamente cuando los datos se meten en la base de datos electrónico (CRDe)

|   |
|---|
| <b>Cooperación del paciente:</b> nula <input type="checkbox"/> media <input type="checkbox"/> óptima <input type="checkbox"/> |
| <b>Comentarios:</b><br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....  |