

x

NOSOTROS NECESITAMOS SU



•

COMENTARIO

ENCUESTA DE
IMPACTO EN LA
ATENCIÓN MÉDICA
PEDIÁTRICA



x

x

•

▶

x

**DEBE VIVIR EN NEVADA**

x

**DEBE SER PADRE/MADRE DE UN NIÑO
CON NECESIDADES MÉDICAS**

▶

x

**¿PREGUNTAS?****CONTACT@ACT4KIDSNEVADA.ORG**

x