

Under the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number.

<p><b>PODER O REVOCACIÓN DEL PODER CON UN NUEVO PODER Y CAMBIO DE LA DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA POWER OF ATTORNEY  OR REVOCATION OF POWER OF ATTORNEY WITH A NEW POWER OF ATTORNEY AND CHANGE OF CORRESPONDENCE ADDRESS</b></p>	<b>Application Number</b>		
	<b>Filing Date</b>		
	<b>First Named Inventor</b>		
	<b>Attorney Docket No.</b>		
	<b>Art Unit</b>		
	<b>Examiner Name</b>		
	<b>Title</b>		

Por el presente documento revoco todos los poderes de representación previos otorgados en la solicitud arriba mencionada.  
I hereby revoke all previous powers of attorney given in the above-identified application.

Se presenta por medio de este documento un Poder.  
A Power of Attorney is submitted herewith.

**O OR**

En virtud del presente nombro al/a los Profesional(es) asociados con el siguiente Número de Cliente mi/nuestros representante(s) o agente(s) para emprender acciones legales en favor de la solicitud anteriormente indicada y para llevar a cabo todas las transacciones relacionadas con la misma en la Oficina de Marcas y Patentes de los Estados Unidos:

I hereby appoint Practitioner(s) associated with the following Customer Number as my/our attorney(s) or agent(s) to prosecute the application identified above, and to transact all business in the United States Patent and Trademark Office connected therewith:

**O OR**

En virtud del presente nombro al/a los Profesional(es) relacionados a continuación mi/nuestros representante(s) o agente(s) para emprender acciones legales en favor de la anterior solicitud y para llevar a cabo todas las transacciones relacionadas con la misma en la Oficina de Marcas y Patentes de los Estados Unidos:

I hereby appoint Practitioner(s) named below as my/our attorney(s) or agent(s) to prosecute the application identified above, and to transact all business in the United States Patent and Trademark Office connected therewith:

Nombre del profesional Practitioner(s) Name	Número de Registro Registration Number	Nombre del profesional Practitioner(s) Name	Número de Registro Registration Number

Under the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number.

Sírvese reconocer o cambiar la dirección postal para la solicitud arriba mencionada a:				
Please recognize or change the correspondence address for the above-identified application to:				
<input type="checkbox"/> La dirección asociada con el Número de Cliente arriba mencionado: The address associated with the above-mentioned Customer Number.				
<b>O OR</b>				
<input type="checkbox"/> La dirección asociada con el Número de Cliente				
The address associated with Customer Number				
<b>O OR</b>				
<input type="checkbox"/> Firma o nombre individual Firm or Individual Name				
Dirección Address				
Ciudad City		Estado State		Código postal Zip
País Country				
Teléfono Telephone			Correo electrónico Email	
Soy el: I am the:				
<input type="checkbox"/> Solicitante / inventor. Applicant/Inventor.				
<b>O OR</b>				
<input type="checkbox"/> Cesionario registrado de todos los derechos. Véase 37 CFR 3.71. <i>La declaración bajo la regla 37 CFR 3.73(B) (Formulario PTO/SB/96 que se presentó en este documento o se solicitó el)</i> _____ Assignee of record of the entire interest. See 37 CFR 3.71. <i>Statement under 37 CFR 3.73(b) (Form PTO/SB/96) submitted herewith or filed on</i> _____				
<b>FIRMA del Solicitante o Cesionario registrado SIGNATURE of Applicant or Assignee of Record</b>				
Firma Signature			Fecha Date	
Nombre Name			Teléfono Telephone	
Cargo y empresa Title and Company				
<b>NOTA:</b> Se requieren las firmas de todos los inventores o cesionarios registrados de todos los derechos o de sus representantes. Presente formularios múltiples si se requiere más de una firma. Vea a continuación*. <b>NOTE:</b> Signatures of all the inventors or assignees of record of the entire interest or their representative(s) are required. Submit multiple forms if more than one signature is required, see below*.				
<input type="checkbox"/> *Se presenta un total de _____ formularios. *Total of _____ forms are submitted.				

<b>POWER OF ATTORNEY OR REVOCATION OF POWER OF ATTORNEY WITH NEW POWER OF ATTORNEY AND CHANGE OF CORRESPONDENCE ADDRESS (Supplemental Sheet)</b>		Attorney Docket No.	
<b>Practitioner(s) Name</b>	<b>Registration Number</b>	<b>Practitioner(s) Name</b>	<b>Registration Number</b>