

**FICHA DE INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE**

(Favor de usar solo tinta negra para rellenar)

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Apellido(s)		Nombre	Inicial del 2º nombre	Teléfono domicilio	Teléfono trabajo	Teléfono móvil
Correo electrónico:					Fecha de Nacimiento	Edad
Dirección			Ciudad	Estado	C.P	Género(marque con un círculo) Masculino      Femenino
Estado Civil	Empleador/Escuela	Dirección			Profesión	Departamento
Persona a contactar en caso de urgencia (Deberá ser alguien que no viva con Ud.)					Teléfono	

**PARTE RESPONSABLE/TUTOR (Persona que firma este formulario)**

Apellido(s)	Nombre	Inicial del 2º nombre	Teléfono fijo:	Teléfono del trabajo	Fecha de Nacimiento
Dirección			Ciudad	Estado	C. P.
		Género(marque con un círculo) Masculino      Femenino		Estado Civil	Nº de Seguro Social
Empleador	Dirección del Empleador		Profesión	Departamento	Parentesco con el Paciente

**INFORMACIÓN DEL ASEGURADO (Cónyuge o Padre si no es igual a la Parte Responsable)**

Apellido(s)	Nombre	Inicial del 2º nombre	Teléfono fijo:	Teléfono del trabajo
Empleador	Dirección del Empleador			Fecha de Nacimiento
Parentesco con el Paciente	Profesión		Departamento	Nº de Seguro Social

**INFORMACIÓN DE LA ASEGURADORA PRIMARIA**

Nombre de la Aseguradora	Dirección para reclamos			Ciudad	Estado	C. P.	Teléfono:
Nº identificador de póliza	Nombre y Nº identificador de Grupo	Afiliado (titular de la póliza)			Fecha de Nacimiento		
Fecha de entrada en vigor	Datos de la Franquicia/el Pago Compartido	¿Ha satisfecho la franquicia?		Parentesco con el Paciente			

**INFORMACIÓN DE LA ASEGURADORA SECUNDARIA**

Nombre de la Aseguradora	Dirección para reclamos			Ciudad	Estado	C. P.	Teléfono:
Nº identificador de póliza	Nombre y Nº identificador de Grupo	Afiliado (titular de la póliza)			Fecha de Nacimiento		
Fecha de entrada en vigor	Datos de la Franquicia/el Pago Compartido	¿Ha satisfecho la franquicia?		Parentesco con el Paciente			

POR LA PRESENTE, YO GARANTIZO EL PAGO DEL SALDO TOTAL QUE LE CORRESPONDA AL PACIENTE ANTEDICHO. AUTORIZO QUE TRATEN AL PACIENTE ANTEDICHO. ASIGNO Y AUTORIZO EL PAY DE LOS BENEFICIOS MÉDICOS DIRECTAMENTE A HARMONY HEALTHCARE Y/O SUS REPRESENTANTE. AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE TODA INFORMACIÓN, INCLUSO LOS INFORMES MÉDICOS CONFIDENCIALES, SOLICITADA POR LAS ASEGURADORAS, PAGADORES O AGENCIAS ESTATALES EN EL MARCO DE ESTA ASIGNACIÓN. SI DESEA CANCELAR UNA CITA, EL PACIENTE ANTEDICHO DEBERÁ INFORMAR A HARMONY HEALTHCARE COMO MÍNIMO 24 HORAS ANTES DE LA HORA PROGRAMADA. DE LO CONTRARIO, YO SERÉ RESPONSABLE POR PAGAR UNA MULTA DE CANCELACIÓN DE \$50.00. EN CASO DE QUE EL PACIENTE ANTEDICHO NO SE PRESENTARA A UNA CITA, YO SERÉ RESPONSABLE POR PAGAR UNA MULTA POR INCUMPLIMIENTO DE CITA DE \$50.00 HE LEÍDO, ENTIENDO Y ACEPTO LA DIVULGACIÓN DESCRITA, LA POLÍTICA FINANCIERA Y VARIAS LIBERACIONES Y GARANTÍAS

FIRMA DE LA PARTE RESPONSABLE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

# DEMOGRAPHIC DATA FORM

<b>PATIENT NAME:</b> _____						
<b>PATIENT DOB:</b> _____		<b>CLIENT #:</b> _____				
DEMOGRAPHIC DATA						
<i>Gender</i>	<i>Ethnic Background</i>	<i>Marital Status</i>	<i>Religion/Spiritual</i>			
<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Transgender	<input type="checkbox"/> African American <input type="checkbox"/> Asian/Pacific Island <input type="checkbox"/> Caucasian, Euro-Am <input type="checkbox"/> Hispanic, Latino-Am <input type="checkbox"/> Native Am <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Data Not Available	<input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Never Married <input type="checkbox"/> Separated <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Widowed <input type="checkbox"/> Cohabiting <input type="checkbox"/> Data Not Available	<input type="checkbox"/> Christian <input type="checkbox"/> Jewish <input type="checkbox"/> Muslim <input type="checkbox"/> Hindu <input type="checkbox"/> Buddhist <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Data Not Available			
<i>Sexual Orientation</i>	<i>Educational Level</i>		<i>Legal issues</i>			
<input type="checkbox"/> Straight <input type="checkbox"/> Gay <input type="checkbox"/> Bi-sexual <input type="checkbox"/> Transexual <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Data Not Available	<input type="checkbox"/> Data Not Available <input type="checkbox"/> K - 12 <input type="checkbox"/> Pre-Kindergarten <input type="checkbox"/> Some High School  If under 18, name of school: _____ School counselor? _____ Is patient on an IEP? _____		<input type="checkbox"/> Probation <input type="checkbox"/> Conditional release <input type="checkbox"/> Incarceration <input type="checkbox"/> Current charges Describe: _____ _____ <input type="checkbox"/> Other: _____			
<b>Employment/Job Related Issues:</b> Are you employed? _____						
If No, how long have you been unemployed? _____ If Yes, what is your Occupation? _____ <input type="checkbox"/> Shift work <input type="checkbox"/> Conflict at work <input type="checkbox"/> Disabled						
ISSUES - Check all that apply						
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Alcohol  <input type="checkbox"/> Eating Disorder  <input type="checkbox"/> Gambling  <input type="checkbox"/> Illicit Drugs  <input type="checkbox"/> Prescription Drugs  <input type="checkbox"/> Anxiety  <input type="checkbox"/> Anger  <input type="checkbox"/> Behavioral/Conduct  <input type="checkbox"/> Depression  <input type="checkbox"/> Grief/Loss  <input type="checkbox"/> Learning-ADD/ADHD           </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Post Traumatic Stress Disorder  <input type="checkbox"/> Sexual Issues  <input type="checkbox"/> Stress/Burnout  <input type="checkbox"/> Trauma  <input type="checkbox"/> Abuse/Neglect  <input type="checkbox"/> Dependent Care  <input type="checkbox"/> Family/Child  <input type="checkbox"/> Marital/Relationship  <input type="checkbox"/> Workplace - Peer  <input type="checkbox"/> Workplace - Supervisor  <input type="checkbox"/> Financial           </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Housing  <input type="checkbox"/> Legal  <input type="checkbox"/> School/Education  <input type="checkbox"/> Chronic Pain  <input type="checkbox"/> Accident/Trauma  <input type="checkbox"/> Death of Co-Worker  <input type="checkbox"/> Death - Family/Close Relationship  <input type="checkbox"/> Fraud  <input type="checkbox"/> Serious illness/disability family           </td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Eating Disorder <input type="checkbox"/> Gambling <input type="checkbox"/> Illicit Drugs <input type="checkbox"/> Prescription Drugs <input type="checkbox"/> Anxiety <input type="checkbox"/> Anger <input type="checkbox"/> Behavioral/Conduct <input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Grief/Loss <input type="checkbox"/> Learning-ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> Post Traumatic Stress Disorder <input type="checkbox"/> Sexual Issues <input type="checkbox"/> Stress/Burnout <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Abuse/Neglect <input type="checkbox"/> Dependent Care <input type="checkbox"/> Family/Child <input type="checkbox"/> Marital/Relationship <input type="checkbox"/> Workplace - Peer <input type="checkbox"/> Workplace - Supervisor <input type="checkbox"/> Financial	<input type="checkbox"/> Housing <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> School/Education <input type="checkbox"/> Chronic Pain <input type="checkbox"/> Accident/Trauma <input type="checkbox"/> Death of Co-Worker <input type="checkbox"/> Death - Family/Close Relationship <input type="checkbox"/> Fraud <input type="checkbox"/> Serious illness/disability family
<input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Eating Disorder <input type="checkbox"/> Gambling <input type="checkbox"/> Illicit Drugs <input type="checkbox"/> Prescription Drugs <input type="checkbox"/> Anxiety <input type="checkbox"/> Anger <input type="checkbox"/> Behavioral/Conduct <input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Grief/Loss <input type="checkbox"/> Learning-ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> Post Traumatic Stress Disorder <input type="checkbox"/> Sexual Issues <input type="checkbox"/> Stress/Burnout <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Abuse/Neglect <input type="checkbox"/> Dependent Care <input type="checkbox"/> Family/Child <input type="checkbox"/> Marital/Relationship <input type="checkbox"/> Workplace - Peer <input type="checkbox"/> Workplace - Supervisor <input type="checkbox"/> Financial	<input type="checkbox"/> Housing <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> School/Education <input type="checkbox"/> Chronic Pain <input type="checkbox"/> Accident/Trauma <input type="checkbox"/> Death of Co-Worker <input type="checkbox"/> Death - Family/Close Relationship <input type="checkbox"/> Fraud <input type="checkbox"/> Serious illness/disability family				

1. Who referred you to Harmony Healthcare? \_\_\_\_\_



## **Consentimiento para el Tratamiento**

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo a Harmony HealthCare brindar servicios de salud mental a mí o a la persona antedicha. Si el individuo antedicho es un menor o un adulto que ha sido declarado legalmente incompetente, certifico que soy el tutor legal de dicha persona y poseo el derecho de aprobar dichos servicios.

Entiendo que la mayoría de la información divulgada a Harmony HealthCare es protegida por las leyes y los reglamentos, tanto federales como estatales y locales, que rigen la confidencialidad. Como tal, entiendo que no se podrá divulgar mucha información sin mi autorización por escrito, salvo en determinadas circunstancias.

Entiendo que durante el transcurso de recibir servicios, Harmony HealthCare recibe, deriva, mantiene, divulga y utiliza la información protegida sobre la salud usada para identificar a un individuo, incluso pero no limitado a informes médicos y otros información sobre la salud que describa mi historia clínica, síntomas, exámenes y resultados de análisis, diagnósticos, tratamientos, planes de tratamiento y datos de facturación/seguro de salud.

Entiendo que Harmony HealthCare y sus empleados y contratistas, incluso los médicos, terapeutas, trabajadores sociales, internos, otros profesionales sanitarios y el personal administrativo podrán utilizar mi información protegida sobre la salud para realizar las siguientes tareas:

- Diagnosticar mi condición médica, psiquiátrica o psicológica
- Planificar mi atención y tratamiento
- Comunicar con otros profesionales sanitarios en cuanto a mi atención
- Documentar los servicios que yo reciba para obtener pago o reembolso; y
- Realizar las tareas sanitarias rutinarias relacionadas a las actividades de Harmony HealthCare, incluso la garantía de calidad (el proceso de monitorizar la necesidad de, lo idoneidad de, y la calidad de la atención brindada) y la revisión por homólogos ( el proceso de supervisar la eficacia del personal sanitario)

Entiendo que no estoy obligada a consentir el uso o la divulgación de mi información protegida sobre la salud para efectos de tratamiento, pago o tareas sanitarias. No obstante, también entiendo que si no doy mi consentimiento, Harmony HealthCare podrá negarse a proveerme un tratamiento a menos que se requiera por ley federal o estatal.

Entiendo que guardo el derecho de solicitar restricciones en cuanto al uso o la divulgación de mi información protegida sobre la salud para realizar un tratamiento, pago o actividades sanitarias, aunque Harmony HealthCare no esté obligado a aceptar estas restricciones. Para solicitar dicha restricción,



## HARMONY HEALTHCARE

entiendo que he de presentar la solicitud por escrito y entregarla a Harmony HealthCare. Harmony HealthCare revisará cada solicitud para determinar si la restricción es aceptable y permitida por la ley.

Entiendo que podré revocar este consentimiento por escrito al entregar una revocación por escrito a Harmony HealthCare. Entiendo que la revocación no entrará en vigor al punto que Harmony HealthCare ya habría actuado en función de la vigencia de mi consentimiento anterior.

Entiendo que hay una expectativa legal, en las que mi consentimiento no es necesario para divulgar información protegida sobre la salud o información similar a otros, incluso:

- En los casos de sospecha de abuso o maltrato de un menor, sea del pasado o actualmente, se deberá denunciar a Child Protective Services (Servicios de Protección de Niños)
- En casos de abuso o maltrato de 1) un individuo mayor de 60 años; o 2) una persona discapacitada; o 3) personas que han sido declarado legalmente incompetente, se deberá denunciar a los organismos locales de aplicación a la ley.
- En los casos en que un cliente corre un riesgo inminente de lastimarse/lastimar a otros, o cuando el individuo con enfermedad mental requiere hospitalización. Se podrá suspender la confidencialidad con el fin de proteger al cliente y a otros, y para tratar dicha enfermedad mental.
- Si el cliente parece haberse lastimado por un arma blanda, arma de fuego o quemadura, se deberá informar a los organismos locales de aplicación a la ley o los bomberos locales.
- También se podrá divulgar información confidencial cuando exista un requerimiento judicial o orden de comparecencia firmado por un juez o magistrado, incluso pero limitado a, los casos en los que una corte ordena una evaluación psicológica.
- Harmony HealthCare podrá compartir información confidencial de un difunto con el albacea del patrimonio del difunto, o si se cuestiona la salud mental del cliente en cuanto a la validez de su testamento.
- Los casos en los que la información confidencial del cliente forma parte de una investigación o audiencia gubernamental, incluso pero no limitado a, las investigaciones realizadas por el Colegio de Médicos Forenses de Nevada

Entiendo que Harmony HealthCare proveerá el personal necesario para efectos de planificación de tratamiento y la gestión de los servicios que recibiré.

Sí / no (**marque con un círculo**) autorizo a Harmony HealthCare dejar mensajes telefónicos, incluso en el buzón de voz y en la máquina contestadora, en cuanto a programación, cancelación o confirmación de las citas.

Sí / no (**marque con un círculo**) autorizo a otra persona para llamar a Harmony HealthCare con el fin de programar, postergar, confirmar o cancelar citas. Autorizo a \_\_\_\_\_ quien es \_\_\_\_\_ (parentesco con el paciente) contactar a Harmony HealthCare de mi parte, para programar, postergar, confirmar o cancelar citas.

Entiendo que solo se permite esta autorización para efectos de programación. No se le brindará a esta persona información en cuanto a tratamiento o atención médica. Si decido permitir que se le de más



**HARMONY HEALTHCARE**

información, tendré que rellenar el modelo Autorización para Divulgación. (Authorization for Disclosure).

Autoriza a Harmony HealthCare abrir una cuenta a mi nombre para que se pueda pagar los beneficios del seguro a favor de Harmony HealthCare. Acepto total responsabilidad económica por los cargos no cubiertos o no pagos por el seguro. Además, autorizo a Harmony HealthCare a divulgar mi información protegida sobre la salud, incluso mis fichas médicas y toda información necesaria para procesar un reclamo al seguro o para acceder a los beneficios del empleado., incluso pero no limitado a mi historia de tratamientos, temas relacionados a la salud mental o abuso de drogas, y mi historia clínica.

Entiendo que si tengo los pagos atrasados, Harmony HealthCare puede, a su discreción, negarme las citas en el futuro. También entiendo que si no se cancela mi cuenta en un plazo de tiempo que Harmony Healthcare considere aceptable, se le podrá notificar a una agencia de cobro de deudas. Acepto pagar todo coste asociado al cobro, junto con los honorarios de abogados y gastos judiciales si se presenta una demanda judicial.

Vale destacar que si Harmony HealthCare no contrata con su seguro secundario, se abonará todo pago compartido/franquicia y seguros compartidos en el momento que se preste el servicio. Harmony HealthCare le entregará a usted y/o al garante una copia de la explicación de beneficios del seguro primario.

Entiendo que si no me presento a mi cita o no cancelo mi cita al menos 24 horas antes de la hora citada, Harmony Healthcare podrá cobrarme una multa por incumplimiento de cita de \$50.00. Entiendo que la aseguradora no cubrirá dicha multa, por lo tanto será mi responsabilidad pagarla.

He leído y entiendo todas las provisiones de este Consentimiento para el Tratamiento. Acepto cumplir con todas mis obligaciones que contiene este Consentimiento para el Tratamiento.

\_\_\_\_\_

Firma del Cliente

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Cónyuge en caso de Terapia en Pareja

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Firma del Tutor Legal (si corresponde)

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Firma del Testigo

\_\_\_\_\_

Fecha



**HARMONY HEALTHCARE**

**Consentimiento para ser Diagnosticado, Evaluado y Tratado por un Interno**

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Internos Clínicos Autorizados**

Antes de obtener la licenciatura en el campo de Trabajo Social en el estado de Nevada (*como en Trabajador Social Clínico Acreditado (Licensed Clinical Social Work – LCSW), Terapeuta en asuntos de Matrimonio y Familia (Marriage and Family Therapy - MFT), Consejero autorizado de Alcohol y Drogas (Licensed Drug and Alcohol Counselor - LADC), Consejero titulado de Alcohol y Drogas (Certified Drug and Alcohol Counselor - CADC), o Consejero Profesional Titulado (Certified Professional Counselor - CPC)*), los individuos deberán realizar una pasantía en un ámbito clínico autorizado.

Harmony Healthcare es un ámbito clínico autorizado que utiliza internos para diagnosticar, evaluar y tratar a los pacientes de Harmony Healthcare.

Un supervisor in situ, autorizado por el estado de Nevada, vigila la labor de los internos.

A los internos se les exige mantener la confidencialidad del paciente tal como exige la ley, tanto la federal como la estatal.

**Consentimiento**

He leído la información arriba presentada por Harmony Healthcare. Por la presente, acepto que será un Interno quien las sesiones de asesoramiento psicológico en Harmony Healthcare.

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente (incluso los menores)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Cónyuge (si existe una relación conyugal)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Tutor Legal (si corresponde)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha



**Harmony Healthcare**

## **Declaración de Derechos**

A nuestros clientes,

Como beneficiarios de servicios de Harmony Healthcare, a usted le corresponden los siguientes derechos:

- A que le presten servicios sin importar raza, color, credo, género, edad, estado civil, país de origen, condición de veterano, o discapacidad.
- A un trato digno, considerado y respetuoso.
- A recibir un tratamiento oportuno y adecuado, de acuerdo a las leyes y normas que rigen la industria sanitaria.
- A informarse y aprender sobre las competencias y calificaciones profesionales de aquellas personas que le prestarán servicios.
- A participar en la planificación y revisión periódica de su plan personalizado de tratamiento.
- A que le informen de sus derechos como cliente nuestro.
- A rechazar todo tipo de tratamiento.
- A que le informen sobre las opciones de tratamiento disponible y la eficacia de dichas opciones.
- A que le aseguren que toda conversación o comunicación con su proveedor permanezca confidencial, en la medida que lo permitan la ley y las normas profesionales.
- A recibir copia de su informe médico, de acuerdo a las políticas y procedimientos.
- A firmar un consentimiento informado si desea participar en algún estudio de investigación, sea clínico o experimental.
- A rehusarse a ser filmado o grabado.
- A recibir información acerca de las vías disponibles para presentar un reclamo o una queja en cuanto a nuestra prestación de servicio a usted, y saber que no habrá represalia alguna contra usted por haber presentado dicha queja.
- A recibir una copia de esta Declaración de Derechos a todo momento.

Al firmar abajo, confirmo que Harmony Healthcare me ha entregado la Declaración de Derechos anteriormente escrita y que he revisado y entiendo todas las condiciones en la misma.

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente (incluso los menores)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Cónyuge en caso de Terapia en Pareja

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Tutor Legal (si corresponde)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Declaración de la Responsabilidad Financiera**

Toda porción que le corresponda pagar al paciente es una estimación en base de la información provista por el paciente y su aseguradora a Harmony Healthcare. El paciente/garante ha de comprender que el simple hecho de disponer de beneficios de Medicaid no garantiza el pago. La aseguradora de Medicaid tomará la decisión final en cuanto al pago luego de recibir y revisar el reclamo.

Cuando un paciente es atendido en Harmony Healthcare, como una cortesía, el personal de Harmony Healthcare se comunicará con los terceros obligados al pago para verificar la elegibilidad del seguro y para obtener una pre-certificación de pago por parte del seguro.

También, como una cortesía, Harmony Healthcare enviará la factura, por todos los servicios, a la aseguradora del paciente. El paciente/garante se responsabiliza por todo saldo adeudado en caso que la compañía aseguradora no pague todo o parte de los cobros. El Asesor Financiero del paciente deberá disponer de toda información en cuanto a las cubiertas del seguro previo a la primera cita. Si el paciente/garante no proporciona los datos del seguro previo a la cita, el paciente/garante asumirá la responsabilidad financiera en caso de que no se pague.

La responsabilidad de asegurar que los pagos de las primas del seguro, cuotas y COBRA estén al día a lo largo del tratamiento del paciente en Harmony Health le incumbe exclusivamente al paciente/garante. En caso de que la aseguradora se niegue a pagar por algún servicio prestado, la responsabilidad económica será del paciente/garante. La cobertura de seguro del paciente es un contrato entre el paciente y la aseguradora de dicho paciente, y no entre Harmony Healthcare y la aseguradora. Como tal, el paciente deberá estar consciente de que las pólizas de seguro cambian frecuentemente. Como tal, la responsabilidad de conocer la cobertura le incumbe exclusivamente al paciente. Todo coste generado por el paciente/garante debido a un cambio en la cobertura de la póliza de seguro del paciente será le incumbirá exclusivamente al paciente/garante.

Al firmar abajo, el paciente/garante confirma que ha leído, entiende y acepta todas las condiciones de esta Declaración de Responsabilidad Financiera

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente (incluso los menores)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Tutor Legal (si corresponde)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha





**Harmony Healthcare**

# de Cliente: \_\_\_\_\_

Cuestionario de Cliente

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona rellena el formulario: \_\_\_\_\_

Parentesco con el cliente: \_\_\_\_\_

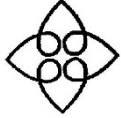
1. Describa los acontecimientos recientes o los problemas que ha tenido que le llevaron a pedir los servicios de salud mental. (Indique también cuándo empezaron los problemas y con qué frecuencia ocurren.

---

2. Describa como los problemas antedichos le afectan en su funcionamiento cotidiano. (i.e. ¿Le presentan problemas en la escuela, el trabajo, con su sus relaciones, problemas físicos?)

---

3. Describa cualquier acontecimiento significativo del pasado o experiencia estresante actual que podría afectarle hoy.



**Harmony Healthcare**

**Cuestionario del Cliente sobre Medicamentos**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento#: \_\_\_\_\_

1. ¿Usted tiene médico de cabecera? NO SÍ

Si su respuesta fue afirmativa, sírvase indicar el nombre y datos de contacto: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. ¿Cuál es la fecha de su última revisión médica? \_\_\_\_\_

3. ¿Usted se hace ver por otro(s) medico(s)? NO SÍ

Si su respuesta fue afirmativa, sírvase indicar el nombre, fecha de la(s) visita(s), y la razón por la(s) visita(s): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. ¿Alguna vez ha sido hospitalizado/a? NO SÍ

Si su respuesta fue afirmativa, sírvase indicar la fecha y razón por la(s) hospitalización(es):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. ¿Tiene usted una enfermedad física? NO SÍ

Si su respuesta fue afirmativa, sírvase enumerar las enfermedades: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. ¿Usted toma medicamentos actualmente? NO SÍ

Si su respuesta fue afirmativa, sírvase indicar lo siguiente:

MEDICAMENTO	POSOLOGÍA	RAZÓN POR TOMARLO	FECHA DE LA RECETA
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

7. ¿Es alérgico/a a algún medicamento? NO SÍ

Si su respuesta fue afirmativa, sírvase indicar el nombre de tal medicamento y la reacción que le produce:  
\_\_\_\_\_

8. ¿Alguna vez ha tenido una reacción adversa a un medicamento de índole psiquiátrico? NO SÍ

Si su respuesta fue afirmativa, sírvase indicar el nombre de tal(es) medicamento(s) y la reacción que le produce: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9. Si corresponde, ¿ha pasado por la menopausia? NO SÍ

10. Si corresponde, ¿actualmente intenta quedarse embarazada? NO SÍ

11. Si padece o ha padecido de algunos de las siguientes enfermedades, márkela por favor.

	ACTUALMENTE	ANTERIORMENTE		ACTUALMENTE	ANTERIORMENTE
Dolores de cabeza	_____	_____	Corazón	_____	_____
Lesión en la cabeza	_____	_____	Presión arterial	_____	_____

	ACTUALMENTE		ANTERIORMENTE			ACTUALMENTE		ANTERIORMENTE	
Convulsiones	_____	_____			Diabetes	_____	_____		
Pérdida del conocimiento	_____	_____			Respiración	_____	_____		
Memoria	_____	_____			Tiroides	_____	_____		
Visión	_____	_____			Hígado	_____	_____		
Salpullidos	_____	_____			Estómago	_____	_____		
Infecciones	_____	_____			Pérdida de peso	_____	_____		
Huesos o articulaciones	_____	_____			Aumento de peso	_____	_____		
Anemia	_____	_____			Estreñimiento	_____	_____		
Micción	_____	_____			Diarrea	_____	_____		

12. Sírvase agregar cualquier información relacionada a su historia clínica o a su condición médica actual:

---

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente (incluso los menores)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Tutor Legal (si corresponde)

\_\_\_\_\_  
Fecha



## HARMONY HEALTHCARE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Pt's Name: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_

MR#: \_\_\_\_\_

HARMONY HEALTHCARE se hará referencia en este aviso de prácticas de privacidad ("aviso") como "Acadia". Este aviso le es otorgado por un centro de Acadia para describir las maneras en que Acadia puede usar y divulgar su información médica (llamada "información de salud protegida" o "PHI") y para notificarle sus derechos con respecto a la PHI en posesión de Acadia. Acadia protege la privacidad de la PHI, que también está protegida de la divulgación por la ley estatal y federal. En determinadas circunstancias, de conformidad con este aviso, la autorización del paciente o las leyes y reglamentos aplicables, la PHI puede ser utilizada por Acadia o divulgada a otras partes. A continuación, se detallan las categorías que describen estos usos y divulgaciones, junto con algunos ejemplos que le ayudarán a comprender mejor cada categoría.

### **Usos y divulgaciones para tratamiento, pago y operaciones**

de atención médica Acadia puede usar o divulgar su PHI para propósitos de tratamiento, pago y operaciones de atención médica, descritas con más detalle a continuación, sin obtener la autorización por escrito de usted.

**PARA EL TRATAMIENTO:** Acadia puede usar y divulgar PHI en el curso de proveer, coordinar o administrar su tratamiento médico, incluyendo la divulgación de PHI para actividades de tratamiento en otro centro de salud. Estos tipos de usos y divulgaciones pueden tener lugar entre médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes y otros profesionales del cuidado de la salud que le brindan servicios de atención médica o están involucrados de otra manera en su cuidado. Por ejemplo, si usted está siendo tratado por un médico de atención primaria, ese médico puede necesitar usar/revelar PHI a un médico especialista que él o ella consulta con respecto a su afección, o a una enfermera que está ayudando en su cuidado.

**PARA EL PAGO:** Acadia puede usar y divulgar su PHI para cobrar el pago de los servicios de atención médica que se le proporcionaron. Por ejemplo, es posible que Acadia tenga que proporcionar PHI a su plan de salud para que se le reembolsen los servicios que le brindamos. Acadia también puede divulgar la PHI a sus socios comerciales, tales como compañías de facturación, compañías procesadoras de reclamos y otros que ayudan en el procesamiento de reclamos de salud. Acadia también puede divulgar su PHI a otros proveedores de atención médica y planes de salud para las actividades de pago de dichos proveedores o planes de salud.

**PARA OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA:** Acadia puede usar y divulgar la PHI como parte de sus operaciones, incluida la evaluación y mejora de la calidad, como la evaluación del tratamiento y los servicios que recibe y el desempeño de nuestro personal en la atención que le brinda. Otras actividades incluyen capacitación en el hospital, actividades de suscripción, actividades de cumplimiento y gestión de riesgos, planificación y desarrollo, y gestión y administración. Acadia puede divulgar PHI a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes, abogados, consultores, contadores y otros para fines de revisión y aprendizaje. Estas revelaciones ayudan a garantizar que Acadia cumpla con todas las leyes aplicables y continúe brindando atención médica a pacientes con un alto nivel de calidad. Acadia también puede divulgar la PHI a otros planes de establecimientos de atención médica para algunas de sus operaciones, incluidas sus actividades de evaluación y mejora de la calidad, actividades de acreditación y revisión por pares, y detección o cumplimiento de fraude y abuso de la atención médica, siempre que esas otras instalaciones y planes tengan, o han tenido en el pasado, una relación con el paciente que es el sujeto de la información.

### **PARA COMPARTIR LA PHI ENTRE ACADIA Y EL PERSONAL**

**PROFESIONAL:** Acadia trabaja junto con los médicos y otros proveedores de atención en su personal profesional para brindarle servicios médicos cuando usted es paciente en una instalación de Acadia. Acadia y los miembros de su respectivo personal profesional compartirán la PHI entre sí según sea necesario para realizar sus actividades de tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

**OTROS USOS Y DIVULGACIONES PARA LOS QUE LA AUTORIZACIÓN NO SE REQUIERE:** Además de usar o divulgar la PHI para tratamiento, pago y operaciones de atención médica, Acadia puede usar y divulgar la PHI sin su autorización por escrito en las siguientes circunstancias:

**Según lo exija la ley y el cumplimiento de la ley:** Acadia puede usar o divulgar la PHI cuando así lo exija la ley, Acadia también puede divulgar la PHI cuando se lo solicite en un procedimiento judicial o administrativo, en respuesta a citaciones o solicitudes de descubrimiento, para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida, cuando se trata de heridas de bala y otras heridas, sobre conducta criminal, para reportar un crimen, su ubicación o víctimas, o la identidad, descripción o ubicación de una persona que cometió un crimen, o para otra aplicación de la ley fines.

### **PARA ACTIVIDADES DE SALUD PÚBLICA Y RIESGOS DE SALUD PÚBLICA:**

Acadia puede divulgar la PHI a funcionarios gubernamentales a cargo de recopilar información sobre nacimientos y muertes, prevenir y controlar enfermedades, informes de maltrato o negligencia infantil y de otras víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica. reacciones a medicamentos o defectos o problemas del producto, o para notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad contagiosa o que pueda correr el riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección.

**PARA LAS ACTIVIDADES DE SUPERVISIÓN DE LA SALUD:** Acadia puede divulgar la PHI al gobierno para actividades de supervisión autorizadas por la ley, tales como auditorías, investigaciones, inspecciones, licencias o acciones disciplinarias, y otros procedimientos, acciones o actividades necesarias para monitorear el sistema de atención de salud, programas gubernamentales, y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

### **CORONADORES, EXAMINADORES MÉDICOS Y DIRECTORES FUNERARIOS:**

Acadia puede divulgar su PHI a médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias con el fin de identificar a un difunto, determinar una causa de muerte o, según sea necesario, para que estas partes puedan cumplir con sus deberes de manera consistente con la ley aplicable.

**DONACIÓN DE ÓRGANOS, OJOS Y TEJIDOS:** Acadia puede divulgar PHI a organizaciones de obtención de órganos para facilitar la donación y el trasplante de órganos, ojos y tejidos.

**INVESTIGACIÓN:** Bajo ciertas circunstancias, Acadia puede usar y divulgar la PHI con fines de investigación médica.

**PARA EVITAR UNA AMENAZA GRAVE A LA SALUD O LA SEGURIDAD:** Acadia puede usar y divulgar la PHI al personal policial u otras personas apropiadas, para prevenir o disminuir una amenaza grave para la salud o la seguridad de una persona o del público.

**PARA EVITAR UNA AMENAZA GRAVE A LA SALUD O LA SEGURIDAD:** Acadia puede usar y divulgar la PHI al personal policial u otras personas apropiadas, para prevenir o disminuir una amenaza grave para la salud o la seguridad de una persona o del público.

**FUNCIONES ESPECIALIZADAS DEL GOBIERNO:** Acadia puede usar y divulgar la PHI del personal militar y los veteranos bajo ciertas circunstancias, y también puede divulgar la PHI a funcionarios federales autorizados para inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional, y para la prestación de servicios de protección al presidente u Otras personas autorizadas o jefes de estado extranjeros o para realizar investigaciones especiales.

**COMPENSACIÓN DE LOS TRABAJADORES:** Acadia puede divulgar su PHI para cumplir con la compensación de trabajadores u otras leyes similares que brindan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

**BENEFICIOS Y SERVICIOS RELACIONADOS CON LA SALUD; ACTIVIDADES DE COMERCIALIZACIÓN LIMITADA:** Acadia puede usar y divulgar su PHI para informarle sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés, como los programas de control de enfermedades.



## HARMONY HEALTHCARE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Pt's Name: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_

MR#: \_\_\_\_\_

**DIVULGACIONES PARA USTED O PARA INVESTIGACIONES DE CUMPLIMIENTO CON LA HIPAA:** Acadia puede divulgar su PHI a usted o a su representante personal, y están obligados a hacerlo en ciertas circunstancias que se describen a continuación en relación con sus derechos de acceso a su PHI y al informe de ciertas revelaciones de su PHI. Acadia debe divulgar su PHI al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (el "Secretario") cuando lo solicite el Secretario para investigar el cumplimiento de las normas de privacidad emitidas en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPAA")

Usos y divulgaciones a los que puede objetar:

Puede objetar los siguientes usos y divulgaciones de PHI que Acadia puede hacer:

**DIRECTORIOS DE PACIENTES:** Su información se puede incluir en un directorio de pacientes que está disponible solo para aquellas personas que usted ha identificado como contactos durante su estadía en el hospital. Recibirá un código de paciente único que se puede proporcionar a estos contactos.

Otros usos y divulgaciones de PHI para los que se requiere autorización: Otros tipos de usos y divulgaciones de su PHI no descritos anteriormente se realizarán solo con su autorización por escrito, que usted tiene el derecho limitado de revocar por escrito.

**REQUISITOS REGLAMENTARIOS:** Acadia está obligada por ley a mantener la privacidad de su PHI, a proporcionar a las personas un aviso de sus obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la PHI, y cumplir con los términos descritos en este Aviso. Acadia se reserva el derecho de cambiar los términos de este Aviso y de sus políticas de privacidad, y de hacer que los nuevos términos sean aplicables a toda la PHI que mantiene. Antes de que Acadia realice un cambio importante en sus políticas de privacidad, revisarán sin demora este Aviso y publicarán un nuevo Aviso en las áreas de registro y admisión. Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su PHI:

Puede solicitar que Acadia restrinja el uso y la divulgación de su PHI. Acadia no está obligada a aceptar ninguna de las restricciones que solicite, pero si la entidad lo hace, estará sujeta a las restricciones a las que acepta, excepto en situaciones de emergencia. Usted tiene el derecho de solicitar que las comunicaciones de PHI a usted de Acadia se realicen por medios particulares o en ubicaciones particulares. Por ejemplo, puede solicitar que las comunicaciones se realicen en la dirección de su trabajo o por correo electrónico en lugar de por correo postal. Sus solicitudes deben ser por escrito y enviadas al Oficial de Privacidad. Acadia se adaptará a sus solicitudes razonables sin tener que proporcionarle una razón. En general, tiene el derecho de inspeccionar y copiar su PHI en posesión de Acadia si realiza una solicitud por escrito al Departamento de Registros Médicos del Hospital Acadia correspondiente. Dentro de los treinta (30) días posteriores a la recepción de su solicitud (a menos que se prorrogue por un período adicional de treinta (30) días), Acadia le informará en qué medida se ha otorgado o no su solicitud. En algunos casos, Acadia puede proporcionarle un resumen de la PHI que solicita si acepta de antemano dicho resumen y las tarifas asociadas. Si solicita copias de su PHI o acepta un resumen de su PHI, Acadia puede imponer una tarifa razonable para cubrir el copiado, el envío y los costos relacionados. Si Acadia niega el acceso a su PHI, le explicará la base de la denegación y su oportunidad de que un profesional de atención médica autorizado (no involucrado en la decisión inicial de denegación) revise la denegación como funcionario de revisión. Si Acadia no mantiene la PHI que solicita, si sabe dónde se encuentra esa PHI, le dirá cómo redirigir su solicitud.

Si cree que su PHI mantenida por Acadia contiene un error o necesita ser actualizada, tiene derecho a solicitar que la entidad corrija o complemente su PHI. Su solicitud debe hacerse por escrito al Departamento de Registros Médicos local y debe explicar por qué solicita una enmienda a su PHI. Dentro de los sesenta (60) días posteriores a la recepción de su solicitud (a menos que se extienda por un período adicional de treinta (30) días), Acadia le informará de la medida en que su solicitud se ha otorgado o no. En general, Acadia puede denegar su solicitud si su solicitud se relaciona con la PHI: (i) no creada por Acadia; (ii) que no forma parte de los registros que mantiene Acadia; (iii) que no está sujeto a ser inspeccionado por usted; o (iv) que sea precisa y completa. Si su solicitud es denegada, Acadia le dará una denegación por escrito que explique el motivo de la denegación y sus derechos a: (i) presentar una declaración en desacuerdo con la denegación; (ii) enviar una solicitud para que cualquier divulgación futura de la PHI relevante se realice con una copia de su solicitud y la denegación de Acadia adjunta, si no presenta una declaración de desacuerdo; y (iii) quejarse de la negación.

Por lo general, tiene derecho a solicitar y recibir una lista de las divulgaciones de su PHI que Acadia realizó durante los seis (6) años anteriores a su solicitud (pero no antes del 14 de abril de 2003). La lista no incluirá las revelaciones (i) para las cuales ha proporcionado una autorización por escrito; (ii) para tratamiento, pago y operaciones de atención médica; (iii) hecho a ti; (iv) para un directorio de pacientes de Acadia o para personas involucradas en su atención médica; (v) por razones de seguridad nacional o inteligencia; (vi) a instituciones correccionales o funcionarios encargados de hacer cumplir la ley; o (vii) de un conjunto de datos limitado. Debe enviar dicha solicitud al Oficial de Privacidad, y dentro de los sesenta (60) días de haber recibido su solicitud (a menos que se haya extendido por treinta (30) días adicionales), Acadia le responderá sobre el estado de su solicitud. La entidad le proporcionará la lista sin cargo, pero si realiza más de una solicitud en un año, se le cobrarán \$ 25.00 por cada solicitud adicional. Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso cuando lo solicite, incluso si ha aceptado recibir este aviso de manera electrónica. Puede ver una copia de este aviso en el sitio web de Acadia, [www.acadiahealthcare.com](http://www.acadiahealthcare.com). Para obtener una copia en papel de este aviso, comuníquese con el Oficial de Privacidad.

Puede presentar una queja ante Acadia si cree que se han violado sus derechos de privacidad con respecto a su PHI al comunicarse con el Oficial de Privacidad de Acadia y presentar una queja por escrito. Acadia no lo penalizará ni tomará represalias contra usted por presentar una queja relacionada con sus prácticas de privacidad. También tiene derecho a presentar una queja ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos en 200 Independence Avenue, S.E., Washington, DC 20201.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, comuníquese con la línea directa de Cumplimiento de Acadia Healthcare al número gratuito 866-500-0333, envíe un correo electrónico a [corporatecompliance@acadiahealthcare.com](mailto:corporatecompliance@acadiahealthcare.com) o escriba al 830 Crescent Center Drive, Suite 610, Franklin, TN 37067

RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD  
FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO POR ESCRITO.

Yo, \_\_\_\_\_, he recibido una copia del "Aviso de prácticas de privacidad de HARMONY HEALTHCARE".

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente Fecha



Pt's Name: _____
MR#: _____
Treating Provider: _____

### Contrato de Medicación

Yo, \_\_\_\_\_, he sido educado y acepto las siguientes reglas y condiciones con respecto a las recetas y / o repuestos de medicamentos. Harmony Healthcare le proporcionará los medicamentos recetados necesarios si acepta las siguientes pautas:

1. Soy responsable de mis medicamentos. Si pierdo, extravía o me roban mi medicamento, entiendo que no serán reemplazados automáticamente. Solo se pueden reemplazar a discreción de mi médico u otro profesional.
2. Me adheriré estrictamente a la dosis de prescripción recomendada por mi médico o profesional.
3. No haré cambios de dosis sin el conocimiento y / o consentimiento de mi médico.
4. No le daré mis medicamentos a otras personas. Guardaré mis recetas solo para uso personal.
5. Si mis medicamentos son una sustancia controlada (por ejemplo, Xanax, Adderall, etc.), me doy cuenta de que debo hacer otra cita de medicamentos para que se vuelvan a llenar. Reconozco que mis recetas para estos medicamentos no serán ingresadas en una farmacia en caso de que las pierda, se me acaben, etc.
6. Harmony Healthcare no es una farmacia. No se proporcionarán muestras. Si no puede pagar un medicamento que se le prescribe, su profesional de prescripción le proporcionará opciones de medicamentos que puede pagar. Si es elegible, lo asistiremos con las solicitudes para los Programas de asistencia al paciente a través de las compañías farmacéuticas.
7. Las farmacias nos envían un fax para solicitar una autorización de reabastecimiento cuando se hayan utilizado los repuestos proporcionados por su profesional. Ya no aceptaremos estas solicitudes de renovación que se nos envían por fax.

***Debo programar y asistir a mi cita programada y tener mis medicamentos recetados con mi proveedor.***

8. Entiendo que no puedo llamar y pedir que me pongan en "Triage" si tengo un problema de medicación (es decir, pérdida, robada, sin medicación, etc.).
9. Entiendo que debo programar mis citas de medicamentos y asistir a ellas para recibir medicamentos. Entiendo que es mi responsabilidad revisar mi suministro de medicamentos y programar la cita de manera oportuna para evitar quedarse sin medicamentos.
10. Entiendo que el incumplimiento de cualquiera de estas condiciones enumeradas anteriormente podría resultar en una demora o terminación de los servicios de medicamentos de Harmony Healthcare.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Médico o Proveedor

\_\_\_\_\_  
Fecha

Al escribir su nombre completo electrónicamente en esta página, acepta que su firma electrónica es el equivalente legal de su firma manual.



**HARMONY HEALTHCARE**  
**(702) 251-8000**

**Formulario de Asesoramiento Medico**

El paciente que se menciona a continuación está / estuvo (por favor, marque con un círculo) el tratamiento en Harmony Healthcare. Harmony Healthcare le proporciona esta información para la coordinación del tratamiento médico del paciente. Esta información está protegida por las leyes federales, estatales y locales que rigen la confidencialidad del paciente.

**INFORMACION PERSONAL:**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Cliente #: \_\_\_\_\_

Nombre del medico de atencion primaria (PCP): \_\_\_\_\_

Direccion de su medico (PCP): \_\_\_\_\_

Numero de su medico #: \_\_\_\_\_ Fax #: \_\_\_\_\_

Proveedor de Harmony: \_\_\_\_\_

Frecuencia de citas (semanales, mensuales, otros): \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE**

Yo, \_\_\_\_\_, le doy o no le doy (**favor circule uno**) autorización a Harmony Healthcare a proporcionar mi Información confidencial a mi médico de atención primaria mencionado anteriormente, con el fin de ayudar en mi tratamiento.

Esta información puede / no puede (por favor rodear uno) transmitirse a través de la máquina de fax al número de fax indicado anteriormente. Si no se proporciona el consentimiento, indique los motivos de la denegación:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente (incluyendo menores) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Tutor Legal (si corresponde) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_