

INGRESO DE LA CLÍNICA DE LA SALUD MENTAL DE VCS

¿Cómo se enteró de la clínica de la salud mental de VCS? _____

DATOS DEL CLIENTE: (Toda la información es confidencial) Por favor escriba claramente

Nombre y apellido(s): _____

Domicilio (Calle & número): _____

Domicilio (Localidad, estado, código postal): _____

Condado de residencia: _____ Fecha de nacimiento: _____

Estado de ciudadanía: ☐ Ciudadano/a estadounidense ☐ Residente ☐ Refugiado/a
☐ Sin documentos ☐ Prefiero no responder

Contacto telefónico:	Teléfono	¿Podemos llamar?	¿Podemos dejar un mensaje?
Casa		☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Móvil		☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Trabajo		☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

¿En cuál contacto telefónico quisiera recibir recordatorios de citas? ☐ Casa ☐ Móvil ☐ Trabajo

Correo electrónico: _____ (por favor escriba claramente)

¿Tiene transporte confiable de ida y vuelta de las citas? ☐ Sí ☐ No

Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____

Identidad étnica:

☐ Hispano/a o latino/a ☐ No hispano/a o latino/a ☐ Prefiero no responder

Raza:

☐ Blanco/a ☐ Negro/a o afroamericano/a ☐ Polinesio/a, maorí o isleño/a del Pacífico
☐ Amerindio o nativo de Alaska ☐ Asiático/a ☐ Alguna otra raza ☐ Raza
desconocida ☐ Prefiero no responder

¿Es parte de alguna comunidad religiosa? ☐ Sí ☐ No ☐ Prefiero no responder

Si es así, ¿cuál? _____

Estado civil actual:

☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ En una relación ☐ Separado/a ☐ Divorciado/a
☐ Viudo/a

Hace cuánto tiempo: _____

¿Hace terapia actualmente? ☐ Sí ☐ No

Otro(s) proveedor(es) de servicios médicos/mentales:

Nombre y apellido(s)	Especialidad	Dirección	Teléfono

Si se necesita más espacio, utilice el reverso de la página.

¿Toma alguna medicación actualmente? ☐ Sí ☐ No Si es así, enumérela(s) abajo por favor

Medicación	Dosis/Frecuencia	Nombre de prescriptor

Si se necesita más espacio, utilice el reverso de la página.

Nombre y teléfono de farmacia: _____

¿Fuma actualmente? ☐ Sí ☐ No ¿Cuánto? _____

CLÍNICA DE SALUD MENTAL DE VCS

Formulario de historia médica

DATOS DEL CLIENTE: (Toda la información es confidencial)

Escriba claramente

Nombres y apellidos: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

¿En los 12 meses anteriores, tuvo alguno de los síntomas siguientes? Marque, por favor.

☐ Tobillos hinchados	☐ Tos	☐ Pérdida de audición	☐ Pulso irregular	☐ Secreciones vaginales
☐ Incontinencia nocturna	☐ Calambre	☐ Problemas de memoria	☐ Ataques	☐ Cambios de la visión
☐ Sangre en el excremento	☐ Orina oscura	☐ Cambios de lunares/verruugas	☐ Inestabilidad	☐ Vómito
☐ Dificultad respiratoria	☐ Diarrea	☐ Debilidad muscular	☐ Problemas del sueño	☐ Amarillez de los ojos
☐ Excremento calcáreo	☐ Mareo	☐ Nervios	☐ Calores nocturnos	☐ Otro:
☐ Dolor de pecho	☐ Caídas	☐ Hemorragias nasales	☐ Nódulos linfáticos hinchados	☐ Otro:
☐ Confusión	☐ Andares inestables	☐ Insensibilidad	☐ Hormigueo de los brazos y las piernas	☐ Otro:
☐ Pérdida de la consciencia	☐ Cambios del pelo	☐ Ataques de pánico	☐ Temblores	☐ Otro:
☐ Estreñimiento	☐ Aturdimiento	☐ Secreciones del pene	☐ Dificultades de orinar	☐ Otro:

☐ No Aplicable

Inmunizaciones (obligatorias para individuos con discapacidades del desarrollo)

Inmunizaciones – ¿Ha sido inmunizado el individuo contra las enfermedades siguientes? Marque, por favor.

☐ Varicela	☐ Difteria	☐ Rubeola	☐ Hepatitis B	☐ Sarampión
☐ Paperas	☐ Polio	☐ Viruela	☐ Tétanos	☐ Otra:

Tiene todas las inmunizaciones actualizadas? ☐ Sí ☐ No – Comentarios:

Percepción familiar de los problemas médicos del individuo

¿Ha usted/el individuo sido internado/a o ha tenido alguna cirugía en los últimos 3 años?

☐ No ☐ Sí Si es el caso, complete la información siguiente.

Hospital	Ciudad	Fecha	Motivo

CLÍNICA DE SALUD MENTAL DE VCS

Formulario de historia médica

DATOS DEL CLIENTE: (Toda la información es confidencial)

Escriba claramente

Nombres y apellidos: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

¿Usted/el individuo ha tenido alguno de los siguientes problemas médicos?

	Ahora	Pasado	Nunca	Ante. famil.	Tratamiento recibido y fecha(s)
Abscesos	☐	☐	☐	☐	
Anemia	☐	☐	☐	☐	
Artritis	☐	☐	☐	☐	
Asma	☐	☐	☐	☐	
Trastorno de sangrar	☐	☐	☐	☐	
Presión (alta o baja)	☐	☐	☐	☐	
Problemas de huesos/coyunturas	☐	☐	☐	☐	
Cáncer	☐	☐	☐	☐	
Cirrosis/Enfermedad hepática	☐	☐	☐	☐	
Diabetes	☐	☐	☐	☐	
Sobredosis de droga	☐	☐	☐	☐	
Endocarditis	☐	☐	☐	☐	
Epilepsia/ataques	☐	☐	☐	☐	
Enfermedad/dificultad del ojo	☐	☐	☐	☐	
Fibromialgia/Dolor muscular	☐	☐	☐	☐	
Dolor de cabeza	☐	☐	☐	☐	
Lesión en la cabeza/ tumor en el cerebro	☐	☐	☐	☐	
Problemas auditivos/sordera	☐	☐	☐	☐	
Cardiopatía	☐	☐	☐	☐	
Hepatitis (forma específica)	☐	☐	☐	☐	
Enfermedad del riñón	☐	☐	☐	☐	
Enfermedad pulmonar	☐	☐	☐	☐	
Dolor menstrual	☐	☐	☐	☐	
Salud oral/dental	☐	☐	☐	☐	
Anemia falciforme o rasgo	☐	☐	☐	☐	
Problemas del estómago/intestino	☐	☐	☐	☐	
Apoplejía	☐	☐	☐	☐	
Tiroides	☐	☐	☐	☐	
Tuberculosis	☐	☐	☐	☐	
SIDA/VIH	☐	☐	☐	☐	
Enfermedad de transmisión sexual	☐	☐	☐	☐	
Trastorno alimenticio	☐	☐	☐	☐	
Dificultad del sueño	☐	☐	☐	☐	
Otro	☐	☐	☐	☐	
Otro	☐	☐	☐	☐	

Describa los detalles de los antecedentes familiares de cualquiera de las condiciones de arriba y el parentesco entre el individuo y ese familiar.

CLÍNICA DE SALUD MENTAL DE VCS

Formulario de historia médica

DATOS DEL CLIENTE: (Toda la información es confidencial)

Escriba claramente

Nombres y apellidos: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Alergias / Sensibilidades a las drogas

☐ Ninguna
☐ Comida (especifique):
☐ Medicamento (especifique):
☐ Otra (Especifique):

Sólo para mujeres

¿Está embarazada actualmente? Si es el caso, fecha de parto ☐ No ☐ Sí -	¿Está recibiendo tratamiento pre-natal? Si es el caso, indique el proveedor. ☐ No ☐ Sí -
¿Amamanta actualmente? ☐ No ☐ Sí	¿Hay algún antecedente significativo relacionado con el embarazo? ☐ No ☐ Sí – Si es el caso, explique
Fecha de última menstruación:	

Última exanimación

Nombre y apellido de médico:	Fecha:	Teléfono:
Nombre y apellido de dentista:	Fecha:	Teléfono:
Nombre y apellido de especialista/Especialidad:	Fecha:	Teléfono:
Nombre y apellido de especialista/Especialidad:	Fecha:	Teléfono:

Altura:	Peso:
---------	-------

Detalles nutricionales

☐ No hay problema	Comida ☐ Más ☐ Menos ☐ No come	Bebida ☐ Más ☐ Menos	Apetito ☐ Aumentado ☐ Bajado
☐ Nausea	☐ Vómito	☐ Problemas de masticar o tragar	
Dieta especial		Otra	

Detalles del dolor

¿Interfiere el dolor con las actividades actualmente? ☐ No ☐ Sí – Si es así, ¿cuánto interfiere? (Marque)				
☐ No interfiere	☐ Poco	☐ Bastante	☐ Mucho	☐ Extremadamente
Indique la fuente del dolor:				
Si completado por el individuo/familiar/guardian/empleador, firme abajo por favor				
Completado por – Nombre y apellido:		Firma:		Fecha:

CLÍNICA DE SALUD MENTAL DE VCS

Formulario de historia médica

DATOS DEL CLIENTE: (Toda la información es confidencial)

Escriba claramente

Nombres y apellidos: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Acciones, recomendaciones y referencias del revisor medico

¿Se completó la evaluación cara-a-cara? ☐ No ☐ Sí

Especifique la(s) acción(es) tomada(s):

Se pidió un análisis de sangre? (Recuento completo de células, análisis bioquímico, lípidos, análisis de la función tiroidea) ☐ No ☐ Sí

Si no es así, por qué no?

¿Otros análisis pedidos? ☐ No ☐ Sí – Si es el caso, especifique el análisis:

Recomendado para la clínica

Presión:

Cintura abdominal:

IMC:

Temperatura:

Pulso:

Respiración:

¿Tiene el individuo a un representante de atención de salud? : ☐ No ☐ Sí

¿Tiene el individuo a una directiva avanzada? : ☐ No ☐ Sí

Recomendaciones o referencias hechas:

- ☐ Médico de atención básica:
- ☐ Agencia de atención médica:
- ☐ Atención especializada:
- ☐ Otra:
- ☐ No se necesita referencia

Comentarios:

¿Recomendaciones compartidas con el individuo?

☐ No ☐ Sí Si es así, la respuesta del individuo:

Si no, ¿Cómo se compartirán las recomendaciones con el individuo?

Completado por:

Fecha:

Responsabilidades del cliente de la clínica de la salud mental de VCS

1. Todas las sesiones de la terapia son confidenciales.
Sin embargo, la clínica de la salud mental de VCS está legalmente obligada a avisar si usted es un peligro para sí mismo o para otro.
2. Si tiene que cancelar una cita, debe avisar a la clínica de la salud mental de VCS con por lo menos 24 horas de anticipación. Es posible que se le cobre una multa por cancelar tarde o por faltar.
3. Si pierdes una cita, intentaremos ayudarte a resolver cualquier problema que esté dificultando la consulta. Si, a pesar de esto, se pierde otra cita consecutiva sin una buena razón, puede perder su cita recurrente. Si posteriormente no se muestra para una cita dentro de dos semanas, su caso puede llegar a ser cerrado.
4. Las armas están PROHIBIDAS en el sitio de VCS. Si usted tiene un arma, se tendrá que ir y su cita será reprogramada para otro día.
5. Los clientes de la clínica de la salud mental de VCS a veces piden referencias de otras agencias u otros proveedores de servicios. Si le proveemos una lista de sugerencias, por favor véala como guía. Tales referencias no son respaldos.

CERTIFICO QUE HE LEÍDO Y QUE ENTIENDO LA INFORMACIÓN DE ARRIBA. ACEPTO ESTAS CONDICIONES.

ESCRIBA SU NOMBRE

FIRMA

FECHA

El cuestionario CAGE-AID

Nombre y apellido del paciente_____ Fecha de visita_____

Cuando usted piensa en el uso de las drogas, incluya el uso de las drogas ilegales y el uso de los medicamentos con receta además de los prescritos.

Preguntas:

1. ¿Alguna vez sintió que debía reducir el uso de las drogas o cuánto alcohol toma?

☐ **Sí**

☐ **No**

2. ¿Le ha molestado la gente por criticarlo/la por el uso de las drogas o por sus hábitos de tomar alcohol?

☐ **Sí**

☐ **No**

3. ¿Alguna vez se sintió culpable por sus hábitos de tomar alcohol o el uso de las drogas?

☐ **Sí**

☐ **No**

4. ¿Alguna vez tomó alcohol o usó drogas a la mañana para calmarse los nervios o para curarse de la resaca?

☐ **Sí**

☐ **No**

Revisión rápida sobre dependencia de los opiáceos (RODS)

Para niños de 12 años en adelante

Instrucciones: Las siguientes preguntas tratan sobre tu consumo previo de drogas. Para cada pregunta indica “sí” o “no” según sea pertinente a tu consumo de drogas en los últimos 12 meses.

1. ¿Alguna vez has consumido alguna de las siguientes drogas?

- | | |
|-------------------------------|--|
| a) Heroína | ☐ Sí ☐ No |
| b) Metadona | ☐ Sí ☐ No |
| c) Buprenorfina | ☐ Sí ☐ No |
| d) Morfina | ☐ Sí ☐ No |
| e) MS CONTIN | ☐ Sí ☐ No |
| f) Oxycontin | ☐ Sí ☐ No |
| g) Oxycodona | ☐ Sí ☐ No |
| h) Otros analgésicos opiáceos | ☐ Sí ☐ No (p. ej. Vicodin, Darvocet, etc.) |

Si cualquier droga de la pregunta 1 se responde con un “Sí”, procede a las preguntas 2-8.

2. ¿Alguna vez has necesitado consumir más opiáceos para conseguir “colocarte” igual que la primera vez que empezaste a usar opiáceos?

☐ Sí ☐ No

3. ¿La idea de no poder “colocarte” o dejar de tomar una dosis te pone ansioso o te preocupa?

☐ Sí ☐ No

4. Por la mañana, ¿alguna vez has consumido opiáceos para no sentirte “de bajón” o alguna vez te has sentido así?

☐ Sí ☐ No

5. ¿Te ha preocupado alguna vez por tu consumo de opiáceos?

☐ Sí ☐ No

6. ¿Te ha resultado difícil dejar de consumir opiáceos?

☐ Sí ☐ No

7. ¿Alguna vez has tenido que pasar mucho tiempo o has tenido que hacer muchos esfuerzos para encontrar opiáceos o para recuperarte de un “subidón”?

☐ Sí ☐ No

8. ¿Alguna vez has faltado a citas importantes, como citas con el doctor, actividades con amigos o familiares u otras cosas debido a los opiáceos?

☐ Sí ☐ No

El SBQ-R cuestionario revisado de las acciones suicidas

Nombre y apellido del paciente

Fecha de visita

Instrucciones: Marque el número al lado de la declaración o frase que mejor aplique. Marque sólo uno.

1. ¿Alguna vez consideró o intentó suicidarse?

- ☐ 1. Nunca
- ☐ 2. Fue un pensamiento breve y transitorio
- ☐ 3a. He tenido un plan para suicidarme por lo menos una vez pero no quería intentarlo.
- ☐ 3b. He tenido un plan para suicidarme por lo menos una vez y realmente quería morir
- ☐ 4a. He intentado suicidarme, pero no quería morir
- ☐ 4b. He intentado suicidarme, y quise morir.

2. ¿En el año pasado, con cuánta frecuencia ha pensado en suicidarse?

- ☐ 1. Nunca
- ☐ 2. Rara vez (1 vez)
- ☐ 3. A veces (2 veces)
- ☐ 4. Frecuentemente (3-4 veces)
- ☐ 5. Muy frecuentemente (5 veces para arriba)

3. ¿Alguna vez usted le ha contado a alguien que iba o que quizás iba a suicidarse?

- ☐ 1. No
- ☐ 2a. Sí, una vez, pero no realmente quería morir.
- ☐ 2b. Sí, una vez, y realmente quería morir.
- ☐ 3a. Sí, varias veces, pero no lo quería hacer.
- ☐ 3b. Sí, varias veces, y realmente lo quería hacer.

4. ¿Cuál es la probabilidad de que algún día intentará suicidarse?

- ☐ 0. Nunca
- ☐ 1. Ninguna posibilidad
- ☐ 2. Bastante improbable
- ☐ 3. Improbable
- ☐ 4. Probable
- ☐ 5. Bastante probable
- ☐ 6. Muy probable

Consentimiento informado

ACUERDO DE SERVICIOS ENTRE CLÍNICO Y CLIENTE

Bienvenido/a a la clínica de la salud mental de VCS. Este documento contiene información importante sobre nuestros servicios profesionales y nuestras políticas empresariales. También tiene información sobre la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (HIPAA), una ley federal que brinda la protección de la privacidad y los derechos del paciente sobre el uso y la divulgación de su información de salud protegida (PHI) para el tratamiento, el pago y las operaciones de los servicios médicos. También incluye un acuerdo e información sobre la facturación de su proveedor del seguro de salud, si lo tiene. Aunque estos documentos son largos y a veces son complejos, es muy importante que usted los entienda. Cuando firme este documento, el documento también representará un acuerdo entre nosotros. Podemos hablar de cualquier pregunta que tenga cuando firme o en cualquier momento en el futuro.

SERVICIOS DE LA SALUD MENTAL

Como cliente en nuestra clínica, usted tiene ciertos derechos y responsabilidades y es importante que los entienda. Esos derechos también tienen límites legales de que usted debería ser consciente. Nuestra clínica le tiene responsabilidades correspondientes a usted. Se describen estos derechos y responsabilidades en las secciones siguientes.

El tratamiento de la salud mental tiene ambos beneficios y riesgos. Los riesgos pueden incluir la experimentación de los sentimientos incómodos, tales como la tristeza, la culpa, la ansiedad, el enojo, la frustración, la soledad y la impotencia, porque muchas veces el proceso del tratamiento requiere que uno hable de las partes desagradables de su vida. Sin embargo, se ha demostrado que el tratamiento de la salud mental les ofrece beneficios a los que se comprometen a perseguirlo. Muchas veces el tratamiento reduce la angustia, aumenta la satisfacción en las relaciones interpersonales, aumenta la conciencia y la percepción personal, y desarrolla la capacidad de manejar el estrés y de resolver problemas específicos. Pero no se puede garantizar lo que suceda. El tratamiento requiere que usted haga un esfuerzo activo. Para tener éxito, usted tendrá que trabajar los temas de que hablamos afuera de las sesiones.

Al principio del tratamiento, habrá una evaluación comprensiva de sus necesidades. Una vez que la evaluación se complete, le podremos ofrecer unas ideas iniciales de lo que nuestro trabajo incluirá. En ese momento, hablaremos de sus metas para el tratamiento y haremos un plan inicial de tratamiento. Usted debería evaluar esta información y decidir si está cómodo/a trabajando con nosotros. Si tiene preguntas sobre nuestros procedimientos, las deberíamos abordar en el momento que surjan. Si sigue con dudas, estaremos dispuestos de programar una reunión con otro profesional de la salud mental para conseguir una segunda opinión.

LAS CITAS

Ordinariamente, las citas durarán entre 30 y 45 minutos y empezarán a una hora que decidamos juntos. La frecuencia de algunas sesiones puede variar como sea necesario. La hora de su cita le estará designada solamente a usted. Si tiene que cancelar o reprogramar una sesión, le pedimos que lo haga con 24 horas de anticipación. Haremos lo posible para reprogramar la cita. Además, usted es responsable por llegar a tiempo a su sesión; si llega tarde, su cita se tendrá que terminar a tiempo igual.

LOS PAGOS PROFESIONALES

Se pueden deber los copagos o los pagos según la indicación de su proveedor de seguro.

EL SEGURO

Es posible que su proveedor de seguro de salud requiera que le proveamos una diagnosis clínica para cobrar los servicios. Las diagnosis son términos técnicos que describen la naturaleza de sus problemas y si son de plazo corto o largo. Todas las diagnosis vienen de un libro que se llama el DSM-5. Hay una copia en nuestra oficina y estaríamos dispuestos de dejarle mirarlo para aprender más sobre su diagnosis, si corresponde. También tendremos que formar un plan de tratamiento en que indicamos las metas del tratamiento. Esta información se guarda en una base de datos segura fuera del predio. A usted le podemos proveer copias de cualquier documento relacionado con el seguro a su petición. Firmar este acuerdo significa que usted confirma que podemos darle a su proveedor de seguro la información que nos pida y que le podemos cobrar a su proveedor por nuestros servicios.

LOS DOCUMENTOS PROFESIONALES

Estamos obligados a mantener registros escritos de los servicios del tratamiento de la salud mental que proveemos. Sus documentos se guardan en una base de datos segura fuera del predio. Mantenemos documentos breves en que anotamos que usted estuvo aquí; sus motivos por los que buscó el tratamiento; las metas y el progreso que establezcamos para el tratamiento; su diagnosis; los temas de que hablemos; su historia médica, social, y de tratamiento; los registros que recibamos de otros proveedores; copias de los registros que les mandemos a otros; y los documentos relacionados con el pagamiento. Usted tiene el derecho a tener una copia de su archivo, salvo en casos infrecuentes que te pongan en peligro. Ya que son documentos profesionales, pueden ser mal entendidos y/o difíciles de leer para el lector no preparado. Por eso, le recomendamos que primero los revise con su médico clínico o que se los mande a otro profesional de la salud mental para hablar de los contenidos. Si rechazamos su petición de ver sus documentos, usted tiene el derecho a pedir que otro profesional de salud mental revise nuestra decisión, lo que hablaremos con usted a su petición. También tiene el derecho a pedir que una copia de su archivo le sea disponible a cualquier otro proveedor de servicios de salud a su petición escrita.

LA CONFIDENCIALIDAD

Nuestras políticas de la confidencialidad, y otra información sobre sus derechos de la privacidad, se describen completamente en otro documento que se llama la Noticia de las prácticas de la privacidad. Usted ha sido proveído/a con una copia de ese documento y hemos hablado de esos temas. Por favor, acuérdesse de que usted puede volver a sacar el tema en cualquier momento durante nuestro trabajo.

PADRES Y MENORES

La clínica trabaja con adultos mayores de 18 años, y con niños y adolescentes de 10-17 años de edad. Para niños y adolescentes, se requiere el consentimiento de un padre o tutor para el tratamiento de salud mental a menos que otras circunstancias dicten otra cosa. En la medida de lo posible, la clínica involucra a padres y tutores en el curso del tratamiento de su hijo, señalando que la decisión sobre cuánto involucrar a los padres o tutores pertenece al niño o al cliente adolescente. Mientras que los padres comprensiblemente quieren ser informados acerca de lo que se está discutiendo en el tratamiento, nuestra experiencia es que los niños y adolescentes por lo general necesitan mantener cierta privacidad durante el inicio del tratamiento con el fin de sentirse seguro revelar sus inquietudes a el terapeuta. El objetivo de la clínica es ayudar tanto como sea posible con el niño eventualmente comunicar estas inquietudes a sus padres o tutores.

CONTACTARNOS

Puede ser que su médico/a clínico/a no atienda el teléfono cuando esté con otro cliente o cuando por otro motivo no esté disponible. Sin embargo, normalmente usted se puede contactar con una recepcionista durante las horas de operación y puede dejarle un mensaje a su clínico/a o a otro empleado/a. Intentaremos volver a llamarlo/la lo antes posible, pero se puede tardar un par de días si el tema no es urgente. Si, por cualquier motivo no previsto, su clínico/a no se contacta con usted o si no puede y si usted siente que no puede esperar o si no se siente capaz de quedarse seguro/a, 1) contáctese con la sala de emergencia de su hospital local, 2) llame el 911 y pida hablar con el trabajador disponible de la salud mental o 3) llame la línea emergencia de nuestra clínica al (845) 535-1131. Haremos lo posible para informarle con anticipación de las ausencias planificadas, y para proveerle el nombre y el teléfono del profesional de la salud mental que esté disponible durante la ausencia de su clínico/a.

OTROS DERECHOS

Si usted no está satisfecho/a con lo que pasa en el tratamiento, le pedimos que hable con su clínico/a para que él/ella pueda resolver sus preocupaciones. Tales comentarios se tomarán en serio y serán tratados con cuidado y con respeto. Usted también puede pedir que le refiramos a otro/a clínico/a y es libre de terminar el tratamiento en cualquier momento. También tiene el derecho al tratamiento considerado, seguro y respetuoso, sin la discriminación con respeto a la raza, la identidad étnica, el color, el género, la orientación sexual, la edad, la religión o el origen nacional. Tiene el derecho a preguntar por cualquier

aspecto del tratamiento y por la educación y la experiencia de su clínico/a. Tiene el derecho a estar seguro/a que no tendremos las relaciones sociales ni sexuales con los clientes o con los ex clientes.

EL CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Su firma abajo indica que usted ha leído este acuerdo y que ha recibido la Noticia de las prácticas de la privacidad y que acepta las condiciones de ella.

Firma del cliente

Fecha

Formulario de Asignación de Seguros

SEGURO Y CUOTAS

El seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Presentamos reclamaciones de seguros y aceptamos la asignación de seguros como un servicio a nuestros clientes. Usted es responsable del deducible y los copagos en el momento del servicio. Cuando se reciba el pago de su compañía de seguros, cualquier diferencia será resuelta. Los pagos pueden realizarse con efectivo, tarjeta de crédito, tarjeta de débito, cheque o giro postal.

Si su cheque es devuelto, se cobrará un cargo por cheque devuelto de \$15.

DISPUTAS

Usted es el responsable final del pago de todas las tarifas. Si, por alguna razón, su reclamo de seguro es denegado, usted es responsable por el monto total de la factura. Continuaremos ayudándole a recibir el pago de su compañía de seguros. Trabajaremos con la compañía de seguros para resolver cualquier confusión o pregunta que pueda surgir, pero no entraremos en una "disputa" con una compañía de seguros con respecto a los deducibles, copagos, cargos cubiertos, "cargos habituales y habituales", etc. será su responsabilidad resolver cualquier tipo de disputa sobre el pago con su aseguradora.

INFORMACIÓN PROPORCIONADA A LAS EMPRESAS DE SEGUROS

Es posible que su proveedor de seguros nos exija que les brindemos un diagnóstico clínico para facturar los servicios. Los diagnósticos son términos técnicos que describen la naturaleza de sus problemas y si son problemas a corto o largo plazo. Todos los diagnósticos provienen de un libro titulado DSM-5. Hay una copia en nuestra oficina y nos complacerá permitirle verla para obtener más información sobre su diagnóstico, si corresponde.

También tendremos que desarrollar un plan de tratamiento que describa los objetivos del tratamiento. Esta información se almacena de forma segura en una base de datos fuera del sitio. Podemos proporcionarle copias de cualquier registro relacionado con el seguro a su solicitud.

ASIGNACIÓN Y LIBERACIÓN

Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, sean o no pagados por el seguro. Este formulario también se considera la "Autorización para pagar la clínica".

Por la presente autorizo el pago directamente a VCS Inc. de los beneficios de seguro que de otra manera me serían pagaderos. Concedo la autorización para que VCS Inc. divulgue toda la información necesaria a terceros pagadores para garantizar el pago de los beneficios. Esta es mi "firma en el archivo".

Nombre impreso del titular de la póliza de seguro

Firma del titular de la póliza de seguro

Fecha

VCS Consentimiento Informado Para Participar En Los Servicios De Telemedicina

A mí, _____, se me ha pedido que reciba servicios de salud conductual a través de la telemedicina. He sido informado de mi diagnóstico y propuesta de plan de tratamiento de telemedicina. Entiendo que recibiré servicios de atención médica a través de equipos interactivos de videoconferencia.

Entiendo que, en este momento, no hay riesgos conocidos relacionados con recibir mi atención de esta manera. Algunos de esos riesgos pueden incluir, entre otros:

- Pérdida de transmisión
- Tiempos de respuesta a crisis
- Preocupaciones de confidencialidad

Las políticas y procedimientos de VCS con respecto a la telesalud abordan muchas preocupaciones y planifican las contingencias, pero no cubren todos los escenarios.

Entiendo que el equipo se me mostrará y veré cómo funciona antes de recibir cualquier servicio. Entiendo que mi participación en la telemedicina es voluntaria y puedo negarme a participar o decidir dejar de participar en cualquier momento, verbalmente o por escrito. Entiendo que mi negativa a participar o mi decisión de dejar de participar se documentará en mi expediente médico. He sido informado de las posibles consecuencias de mi revocación del consentimiento informado para el tratamiento.

Entiendo que mi privacidad y confidencialidad estarán protegidas. También entiendo que la probabilidad de que una videoconferencia sea interceptada por un extraño es similar a la posible interceptación de una llamada telefónica. Cuando reciba servicios a través de telemedicina, se me notificará quién está en la habitación del sitio remoto. Sin embargo, los servicios que utilizamos, a saber, Clocktree, se han examinado correctamente y cumplen con todos los requisitos de HIPAA e HITECH relacionados con la privacidad y la seguridad..

Entiendo que los proveedores de atención médica tanto en mi ubicación como en el sitio de video remoto tendrán acceso a cualquier información médica relevante sobre mí, incluyendo cualquier información psiquiátrica y/o psicológica, abuso de alcohol y/o drogas, y registros de salud mental.

He leído este documento y por la presente doy mi consentimiento para participar en la recepción de servicios de salud conductual a través de la telemedicina bajo los términos descritos anteriormente. Entiendo que este documento se convertirá en parte de mi historial médico.

Por favor marque la casilla apropiada a continuación.

☐ Acepto participar y recibir servicios de salud conductual a través de la telemedicina.

☐ He decidido no participar en las sesiones de telemedicina.

Nombre del paciente/ Nombre impreso del guardián

Firma

Firma de testigo

Fecha



VCS Inc.

**Autorización de acceso a información del paciente
a través de una organización de intercambio de
información de salud**

Departamento de Salud del Estado de Nueva York

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Número de identificación del paciente
Dirección del paciente		

Solicito que el acceso a la información de salud vinculada a mi atención médica y tratamientos se rija por lo que se establece en este formulario. Puedo optar por permitir (o no) que la Organización que se identifica más arriba acceda a mis registros médicos a través de la organización de intercambio de información de salud denominada **HealthConnections**. En caso de otorgar mi consentimiento, se podrá acceder a través de una red informática estatal a mis registros de atención de salud provenientes de los diferentes lugares donde me atiendo. **HealthConnections** es una organización sin fines de lucro que comparte información sobre la salud de las personas por medios electrónicos y cumple con los requisitos de privacidad y seguridad establecidos por la ley Ley de Transferencia y Responsabilidad en los Seguros de Salud (HIPAA) y la ley del Estado de Nueva York. Para saber más, visite el sitio en Internet de **HealthConnections** en www.HealthConnections.org.

La elección que haga en este formulario NO afectará mi acceso a la atención de salud. La elección que haga en este formulario NO autoriza a las empresas de seguros de salud a acceder a mi información con el objetivo de decidir si me brindarán o no cobertura de seguro de salud o pagarán mis gastos médicos.

Mi opción de consentimiento. He marcado UNA casilla a la izquierda de mi elección. Puedo llenar este formulario ahora o en el futuro. También puedo cambiar de opinión en cualquier momento, para lo cual bastará con que llene un nuevo formulario.
☐ 1. DOY MI CONSENTIMIENTO para que la Organización que se identifica más arriba acceda a TODA mi información de salud en formato electrónico a través de HealthConnections para brindarme cuidados de atención de salud (incluidos cuidados en situación de emergencia).
☐ 2. NO DOY MI CONSENTIMIENTO para que la Organización que se identifica más arriba acceda a mi información de salud en formato electrónico a través de HealthConnections , aun en situaciones de emergencia médica.

Si quiero denegar mi consentimiento a todas las organizaciones proveedoras de cuidados de salud o planes de salud que participan en **HealthConnections** a fin de que no accedan a mi información de salud en formato electrónico a través de **HealthConnections**, podré hacerlo a través del sitio en Internet de **HealthConnections**, www.HealthConnections.org, o llamando a **HealthConnections** al 315-671-2241 x5.

He recibido respuestas a mis preguntas sobre este formulario, y se me ha entregado una copia del mismo.

Firma del paciente o representante legal del paciente	Fecha
Nombre del representante legal en imprenta (si corresponde)	Relación entre el representante legal y el paciente (si corresponde)

Detalles sobre la información a la que se accede a través de HealthConnections y el proceso de consentimiento:

1. **Maneras en las que podría utilizarse su información.** Su información de salud en formato electrónico se utilizará **únicamente** para los siguientes servicios de atención de salud:
 - **Servicios de tratamiento.** Brindarle tratamiento médico y servicios relacionados.
 - **Verificación de elegibilidad de cobertura de seguro.** Verificar si cuenta con un seguro médico, y qué es lo que cubre.
 - **Actividades de administración de cuidados.** Las mismas incluyen brindarle asistencia para acceder a cuidados médicos apropiados, mejorar la calidad de los servicios que se le brindan, coordinar la provisión de los múltiples servicios de atención de salud que reciba o ayudarlo para que cumpla con su plan de cuidados médicos.
 - **Actividades de mejora de la calidad.** Evaluar y mejorar la calidad de la atención médica que reciben usted y todos los pacientes.
2. **Tipos de información sobre usted que se incluyen.** Si usted otorga su consentimiento, la(s) organización(es) proveedora(s) incluida(s) podrá(n) acceder a TODA su información de salud en formato electrónico disponible a través de HealthConnections. Esto incluye información creada antes y después de la fecha de firma de este formulario. Sus registros de salud podrían incluir su historial de enfermedades o lesiones (como diabetes o fracturas óseas), resultados de análisis (como rayos X o análisis de sangre) y listas de los medicamentos que haya tomado. Dicha información podría incluir datos sobre afecciones de salud de índole confidencial, entre ellas:

Problemas de abuso de alcohol o drogas	Control de natalidad y abortos (planificación familiar)
Enfermedades o pruebas genéticas (heredadas)	VIH/SIDA
Enfermedades mentales	Enfermedades de transmisión sexual

Si ha recibido atención por abuso de alcohol o drogas, su legajo puede incluir información relacionada con sus diagnósticos de abuso de alcohol o drogas, medicamentos y dosificaciones, pruebas de laboratorio, alergias, historial de uso de sustancias, historial de traumatismos, altas hospitalarias, empleo, situación de vida y apoyos sociales, así como historial de reclamaciones del seguro de salud.
3. **De dónde proviene la información de salud sobre usted** La información sobre usted proviene de los lugares donde ha recibido atención médica o de su proveedor de seguro de salud. Eso podría incluir hospitales, médicos, farmacias, laboratorios clínicos, empresas de seguros de salud, el programa Medicaid y otras organizaciones que intercambian información de salud por vía electrónica. En HealthConnections podrá encontrar una lista completa y actualizada de dichas entidades. Podrá acceder una lista actualizada en cualquier momento en el sitio en Internet de HealthConnections, www.HealthConnections.org, o llamando al 315-671-2241x5.
4. **Quiénes podrán acceder a su información, si otorga su consentimiento** Únicamente médicos y otros miembros del personal de la(s) organización(es) a las cuales usted haya dado su consentimiento para acceder a la información, y que desarrollen actividades autorizadas en este formulario, tal como se describen en el párrafo uno.
5. **Acceso de organizaciones de salud pública y de trasplante de órganos.** La ley autoriza a las agencias federales, estatales o locales de salud pública, y ciertas organizaciones de trasplante de órganos, a acceder a la información de salud sin el consentimiento del paciente para determinados fines vinculados a la salud pública y al trasplante de órganos. Dichas entidades podrán acceder a su información a través de HealthConnections con dichos fines independientemente de que usted otorgue o no su consentimiento, o no llene un formulario de consentimiento.
6. **Sanciones por el uso o acceso ilícito a su información de salud.** Existen sanciones por el acceso o uso inapropiado de su información de salud en formato electrónico. Si en cualquier momento usted sospecha que alguien no autorizado ha visto o accedido a su información de salud, (i) llame la Organización que se identifica más arriba ; (ii) visite el sitio en Internet de HealthConnections, www.HealthConnections.org; (iii) llame al Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 518-474-4987; o (iv) siga el proceso para presentar una denuncia ante la Oficina de Derechos Civiles en el siguiente enlace: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/>.
7. **Divulgaciones posteriores de su información.** Cualquier organización a la que usted haya dado su consentimiento para acceder a su información de salud podrá volver a divulgarla, pero únicamente en la medida permitida por las leyes y disposiciones estatales y federales. La información vinculada a tratamientos por el abuso de alcohol o drogas, o la información confidencial vinculada al VIH, únicamente será accesible, y podrá volver a divulgarse, si está acompañada por las declaraciones obligatorias sobre la prohibición de divulgaciones posteriores.
8. **Período de vigencia.** Este formulario de consentimiento conservará su vigencia hasta el día en que usted revoque su consentimiento, o hasta que HealthConnections deje de funcionar (**o hasta pasados 50 años desde su fallecimiento, lo que ocurra primero**). En caso de que HealthConnections se fusione con otra entidad calificada, sus opciones de consentimiento conservarán su vigencia en la nueva entidad fusionada.
9. **Cómo cambiar su opción de consentimiento.** Usted podrá cambiar su opción de consentimiento en cualquier momento y para cualquier organización de provisión de cuidados de salud o plan de salud, para lo que bastará con que presente un nuevo formulario de consentimiento con su nueva elección. Las organizaciones que accedan a su información de salud a través de HealthConnections mientras su consentimiento esté en vigencia podrán copiar o incluir su información en sus propios registros médicos. Aun si posteriormente usted decide cambiar su decisión de consentimiento, dichas organizaciones no estarán obligadas a devolverle su información o eliminarla de sus registros.
10. **Copia del formulario.** Usted tiene derecho a que se le entregue una copia de este formulario de consentimiento.

POR FAVOR GUARDE ESTA HOJA PARA SU INFORMACIÓN

Horas de operación de la clínica de la salud mental de VCS: lunes-viernes 8:00-17:00

Para **CANCELAR** una cita, llame la clínica de la salud mental de VCS al 845-634-5729. Si atiende el buzón de voz, por favor hable despacio y claramente y deje la información siguiente.

Nombre y apellido

Teléfono

Nombre y apellido del terapeuta

Fecha y hora de la cita

Tome nota: Cualquier llamada hecha a partir de las 5 de la tarde no será recibida hasta el día siguiente.

Si la clínica de la salud mental de VCS está cerrada y usted está en crisis, puede llamar a cualquiera de los recursos siguientes:

911: Bomberos/Policía/Ambulancia

(845) 517-0400: Unidad móvil de las crisis de salud mental del condado de Rockland

(845) 348-2345: Sala de emergencias del hospital de Nyack

(845) 368-5029: Sala de emergencias del hospital Good Samaritan (Suffern)

(845) 535-1131: Clínica de la salud mental de VCS: línea de emergencias

(888) 628-9454: Línea directa de la Red Nacional de Prevención del Suicidio

SI LA AGENCIA ESTÁ CERRADA DEBIDO AL CLIMA, HABRÁ UN AVISO EN EL TELÉFONO GENERAL.

Si usted tiene alguna preocupación acerca de las políticas o los procedimientos de la agencia mientras está en terapia en la clínica de la salud mental de VCS, por favor no dude en comunicarse con su terapeuta o con cualquier empleado de la clínica.

El condado de Rockland tiene dos excelentes líneas de referencia si usted necesita ayuda con los vales de comida, los servicios médicos, la vivienda, el transporte, otros programas del condado, la discriminación, los servicios legales y de la justicia criminal, etc. Si no encuentra la ayuda que necesita por medio de estas líneas, puede consultar a su terapeuta.

LINEAS DE INFORMACION DE LOS SERVICIOS COMUNITARIOS

INFORMACIÓN DE ROCKLAND: (845) 364-2020

LÍNEA DE REFERENCIA DE HUDSON VALLEY UNITED WAY: 211



Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Esta notificación describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica, y cómo puede acceder usted a esta información.

Revísela con cuidado.

Sus derechos

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

Obtener una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico

- Puede solicitar que le muestren o le entreguen una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico y otra información médica que tengamos de usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le entregaremos una copia o un resumen de su información médica, generalmente dentro de 30 días de su solicitud. Podemos cobrar un cargo razonable en base al costo.

Solicitar que corrijamos su historial médico

- Puede solicitar que corrijamos la información médica sobre usted que piensa que es incorrecta o está incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos decir “no” a su solicitud, pero le daremos una razón por escrito dentro de 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede solicitar que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono particular o laboral) o que enviemos la correspondencia a una dirección diferente.
- Le diremos “sí” a todas las solicitudes razonables.

Solicitar que limitemos lo que utilizamos o compartimos

- Puede solicitar que no utilicemos ni compartamos determinada información médica para el tratamiento, pago o para nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir “no” si esto afectara su atención.
- Si paga por un servicio o artículo de atención médica por cuenta propia en su totalidad, puede solicitar que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su aseguradora médica. Diremos “sí” a menos que una ley requiera que compartamos dicha información.

Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años previos a la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y otras divulgaciones determinadas (como cualquiera de las que usted nos haya solicitado hacer). Le proporcionaremos un informe gratis por año pero cobraremos un cargo razonable en base al costo si usted solicita otro dentro de los 12 meses.

Obtener una copia de esta notificación de privacidad

- Puede solicitar una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, incluso si acordó recibir la notificación de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

Elegir a alguien para que actúe en su nombre

- Si usted le ha otorgado a alguien la representación médica o si alguien es su tutor legal, aquella persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos

- Si considera que hemos violado sus derechos, puede presentar una queja comunicándose con nosotros por medio de la información de la página 1.
- Puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos enviando una carta a: Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-800-368-1019 o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, los últimos dos disponibles en español.
- No tomaremos represalias en su contra por la presentación de una queja.

Sus opciones

Para determinada información médica, puede decirnos sus decisiones sobre qué compartimos.

Si tiene una preferencia clara de cómo compartimos su información en las situaciones descritas debajo, comuníquese con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de pedirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención.
- Compartamos información en una situación de alivio en caso de una catástrofe.
- Incluyamos su información en un directorio hospitalario.

Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si se encuentra inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es para beneficio propio. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.

En estos casos, nunca compartiremos su información a menos que nos entregue un permiso por escrito:

- Propósitos de mercadeo.
 - Venta de su información.
 - La mayoría de los casos en que se comparten notas de psicoterapia.
-

En el caso de recaudación de fondos:

- Podemos comunicarnos con usted por temas de recaudación, pero puede pedirnos que no lo volvamos a contactar.

Nuestros usos y divulgaciones

Por lo general, ¿cómo utilizamos o compartimos su información médica? Por lo general, utilizamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

Tratamiento	Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando.	<i>Ejemplo: Un médico que lo está tratando por una lesión le consulta a otro doctor sobre su estado de salud general.</i>
Dirigir nuestra organización	Podemos utilizar y divulgar su información para llevar a cabo nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.	<i>Ejemplo: Utilizamos información médica sobre usted para administrar su tratamiento y servicios.</i>
Facturar por sus servicios	Podemos utilizar y compartir su información para facturar y obtener el pago de los planes de salud y otras entidades.	<i>Ejemplo: Entregamos información acerca de usted a su plan de seguro médico para que éste pague por sus servicios.</i>

continúa en la próxima página

Nuestros usos y divulgaciones

¿De qué otra manera podemos utilizar o compartir su información médica? Se nos permite o exige compartir su información de otras maneras (por lo general, de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública e investigaciones médicas). Tenemos que reunir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información con dichos propósitos. Para más información, visite: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, disponible en español.

Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad

- Podemos compartir su información médica en determinadas situaciones, como:
 - Prevención de enfermedades.
 - Ayuda con el retiro de productos del mercado.
 - Informe de reacciones adversas a los medicamentos.
 - Informe de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica.
 - Prevención o reducción de amenaza grave hacia la salud o seguridad de alguien.

Realizar investigaciones médicas

- Podemos utilizar o compartir su información para investigación de salud.

Cumplir con la ley

- Podemos compartir su información si las leyes federales o estatales lo requieren, incluyendo compartir la información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si éste quiere comprobar que cumplimos con la Ley de Privacidad Federal.

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos

- Podemos compartir su información médica con las organizaciones de procuración de órganos.

Trabajar con un médico forense o director funerario

- Podemos compartir información médica con un oficial de investigación forense, médico forense o director funerario cuando un individuo fallece.

Tratar la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales

- Podemos utilizar o compartir su información médica:
 - En reclamos de compensación de trabajadores.
 - A los fines de cumplir con la ley o con un personal de las fuerzas de seguridad.
 - Con agencias de supervisión sanitaria para las actividades autorizadas por ley.
 - En el caso de funciones gubernamentales especiales, como los servicios de protección presidencial, seguridad nacional y servicios militares.

Responder a demandas y acciones legales

- Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden administrativa o de un tribunal o en respuesta a una citación.

Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le haremos saber de inmediato si ocurre un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en esta notificación y entregarle una copia de la misma.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera distinta a la aquí descrita, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, puede cambiar de parecer en cualquier momento. Háganos saber por escrito si usted cambia de parecer.

Para mayor información, visite: **www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html**, disponible en español.

Cambios a los términos de esta notificación

Podemos modificar los términos de esta notificación, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. La nueva notificación estará disponible según se solicite, en nuestra oficina, y en nuestro sitio web.

Esta Notificación de Prácticas de Privacidad se aplica a las siguientes organizaciones.
