**DEMOGRAFÍA: PACIENTES NUEVOS O PACIENTES NO VISTOS EN MÁS DE 3 AÑOS**

**NOMBRE Y DIRECCIÓN**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE DEL PACIENTE | | | IDIOMA PRINCIPAL |
| DIRECCIÓN | CIUDAD, ESTADO | | CÓDIGO POSTAL |
| CORREO ELECTRÓNICO | TELÉFONO MÓVIL | TELÉFONO RESIDENCIAL | TELEFONO DE TRABAJO |
| FECHA DE NACIMIENTO | EDAD | GÉNERO   * MASCULINO * FEMENINO | NÚMERO DE SEGURO SOCIAL |

**SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS O TIENE UN TUTOR LEGAL**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| APELLIDO | | PRIMER NOMBRE | | INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE |
| DIRECCIÓN | | | CIUDAD/ ESTADO | CÓDIGO POSTAL |
| TELÉFONO RESIDENCIAL | TELEFONO DE TRABAJO | | TELÉFONO MÓVIL | CORREO ELECTRÓNICO |

**INFORMACIÓN DE EMPLEO**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| * EMPLEADO | * DESEMPLEADO | | * ESTUDIANTE | * RETIRADO | | * DISCAPACITADO |
| EMPLEADOR | | OCUPACIÓN/TÍTULO | | | * TRABAJO PLENO * TRABAJO REDUCIDO | |
| DIRECCIÓN DE EMPLEADOR | | | | | TELÉFONO DE EMPLEADOR | |

**INFORMACIÓN DE SEGURO/ FACTURACIÓN**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| * MÉDICO SEGURO | | * SEGURO DE AUTO | | COMPENSACIÓN LABORAL | | * PAGO PROPIO | |
| **SEGURO PRIMARIO** | TIPO DE SEGURO  (PPO, HMO,ETC.) | | TITULAR DE PÓLIZA | | RELACIÓN CON EL PACIENTE | | NÚMERO DE TELÉFONO DEL SEGURO |
| NOMBRE DEL GRUPO (EMPLEADOR) | NÚMERO DE PÓLIZA | | NÚMERO DEL GRUPO | | FECHA DE NACIMIENTO | | SEGURO SOCIAL DEL SUSCRIPTOR |
| **SEGURO SECUNDARIO** | TIPO DE SEGURO  (PPO, HMO,ETC.) | | TITULAR DE PÓLIZA | | RELACIÓN CON EL PACIENTE | | NÚMERO DE TELÉFONO DEL SEGURO |
| NOMBRE DEL GRUPO (EMPLEADOR) | NÚMERO DE PÓLIZA | | NÚMERO DEL GRUPO | | FECHA DE NACIMIENTO | | SEGURO SOCIAL DEL SUSCRIPTOR |

**INFORMACIÓN SOBRE COMPENSACIÓN LABORAL O ACCIDENTE DE AUTOMÓVIL**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿Su queja es relacionada con un accidente? | | * NO | | * SÍ | En caso afirmativo, complete la información del accidenrte | | |
| * AUTOMÓVIL | * COMPENSACIÓN LABORAL   FECHA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | * RESPONSABILIDAD POR LESIONES CORPORALES | | ESTADO | PARTES DEL CUERPO CON PROBLEMAS | | NÚMERO DE RECLAMACIÓN |
| AJUSTADOR/ADMINISTRADOR DE CASOS | | | COMPAÑÍA | | | TELÉFONO | FAX |

**CONTACTO DE EMERGENCIA (ALGUIEN CON UN NÚMERO DISTINTO AL SUYO)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOMBRE | RELACIÓN | TELÉFONO |

FIRMA DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **FECHA** | **NOMBRE** | **DOB** | **EDAD** | **GÉNERO**  **MASCULINO**  **FEMENINO** | | |
|  | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **¿Cuál es su queja principal?** | | | | | | | | | | | | | **Marque las zonas problemáticas de dolor** | | | | | | | | | | | | | **X X X = Dolorido** | | | **- - - = Ardiente** | | | | **\* \* \* \* = Hormigueo** | | | | | | **> > = Fulgurante** | | | **/ / / = Punzante** | | | | **0 0 0 0 = Palpitante** | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | DCHA | | | | IZQ |  |  | IZQ | | DCHA | | | | **ESCALA DEL DOLOR** | | | | | | | | | | | | | **Califique su dolor en la escala del 1 al 10 con una X** | | | | | | | | | | | | | **SIN DOLOR** | | **MÍNIMO** | | | **MODERADO** | | **INTENSO** | | | **EMERGENCIA** | | | **0** | | **1-3** | | | **4-6** | | **7-9** | | | **10** | | | 1 | 2 | 3 | 4 | | 5 | 6 | 7 | 8 | | 9 | 10 | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **SÍNTOMAS** | | | | | | | | | | | | | | | | Nivel de actividad – **Por favor marque con un círculo** | | | | | | | | | | | | | | | | Sin cambios | | | | Reducido | Disminuido | | | | | | | | | | | ¿Incapaz de realizar trabajos manuales? | | | | | | | | | | | | | | | | ¿Incapaz de realizar tareas domésticas diarias? | | | | | | | | | | | | | | | | ¿Cuántas horas al día siente dolor? | | | | | | | | | | | | | | | | **CÍRCULO:** | | | | Constante | Intermitente | | | | | | | | Ocasional | | | ¿Cuántos días a la semana siente dolor? | | | | | | | | | | | | | | | | **CÍRCULO:** | | | | Constante | Intermitente | | | | | | | | Ocasional | | | ¿Qué actividades se ven más afectadas por su dolor? | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | ¿Qué actividad alivia su dolor? | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | ¿Qué actividad empeora su dolor? | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | ¿Tiene dolor nocturno intenso? | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | ¿Se despierta en la medianoche a causa del dolor? | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | Inicio de los síntomas | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | Dificultad para caminar | |  | | | Dolor irradiante/ punzante | | | | | | | |  | | | Doblamiento | |  | | | Rigidez | | | | | | | |  | | | Crepitación | |  | | | Hinchazón | | | | | | | |  | | | Bloqueo | |  | | | Hormigueo | | | | | | | |  | | | Entumecimiento | |  | | | Debilidad | | | | | | | |  | | | Dolor | |  | | |  | | | | | | | |  | | | Otro | | | | | | | | | | | | |  | | | **Lesión/ Problema Similar Anterior** | | | | | | | | | **SÍ** | | **NO** | | **En caso afirmativo, ¿cuál?** | | | | | | | | | | | | | | | | **EVALUACIONES ANTERIORES** | | | | | | | | | | | | | | | | **LUGAR** | | | | | **EXAMEN** | | | | | | | | | | |  | | Sala de Emergencia | | | |  | | | | TC (Tomografía computarizada) | | | | | |  | | Médico de Familia | | | |  | | | | IRM (Imagen de resonancia magnética) | | | | | |  | | Médico ortopedista | | | |  | | | | EMG/ Velocidad de conducción nerviosa | | | | | |  | | Neurólogo | | | |  | | | | Gammagrafía ósea | | | | | |  | | Clínica ambulatoria | | | |  | | | | Discografía | | | | | |  | | Clínica de compensación laboral | | | |  | | | | Radiografía | | | | | | **OTRO** | | | | | |  | | | Mielograma | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | | Disponible para la cita de hoy | | | | | | Informe | | | | | | | Films | | | **TRATAMIENTO RECIBIDO** | | | | | | | | | | | | | | | |  | Acupuntura | | | | | |  | | | | Fisioterapia | | | | |  | Artroscopia | | | | | |  | | | | Apoyo psicológico | | | | |  | Hospitalizaciones | | | | | |  | | | | Cirugía | | | | |  | Biorretroalimentación | | | | | |  | | | | Unidad de ENET | | | | |  | Aparatos/ Apoyos Ortopédicos | | | | | |  | | | | Tracción | | | | |  | Quiropráctica | | | | | |  | | | | Acondicionamiento para el trabajo | | | | |  | Inyecciones | | | | | |  | | | | DOLOR | | | | |  | | | | | | |  | | | | ANTIINFLAMATORIO | | | | |  | Medicamentos | | | | | |  | | | | DOLOR | | | | |  | | | | | | |  | | | | ANTIINFLAMATORIO | | | | |
|  |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **HISTORIA FAMILIAR** | Padre | Madre | Hermano | Hermana | | Problemas de sangrado |  |  |  |  | | Diabetes |  |  |  |  | | Enfermedad del corazón |  |  |  |  | | Hipertensión |  |  |  |  | | Artritis Reumatoide |  |  |  |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| FECHA | NOMBRE | | | | | | | | | FECHA DE  NACIMIENTO | | | EDAD | GÉNERO  M F | DERECHA  IZQUIERDA | | |
| Estaura | Peso | | | Temperatura | | | | | | Presión Arterial | | | | Pulso | | | |
| **MEDICAMENTOS** | **DOSIS** | **VECES POR DÍA** | **HISTORIAL MÉDICO / QUIRÚRGICO**  **Marque las casillas de las siguientes columnas**  **SÍ NO** | | | | | | | | | **REVISIÓN DE SISTEMAS** | | | | SÍ | NO |
| **Constitucional**  Malestar | | | |
| Fiebre | | | |  |  |
|  |  |  | Escalafríos | | | |  |  |
|  |  |  | **Ojos** | | | |  |  |
|  |  |  | Anemia | | | | | | |  |  | Enfermedad/ Lesión ocular | | | |  |  |
|  |  |  | Artritis | | | | | | |  |  | Cambios en la visión | | | |  |  |
|  |  |  | Astma | | | | | | |  |  | **Otorrinolaringología** | | | |  |  |
|  |  |  | Trastorno hemorrágico | | | | | | |  |  | Dificultad auditiva | | | |  |  |
|  |  |  | Coágulo sanguíneo | | | | | | |  |  | Zumbido en el oído | | | |  |  |
|  |  |  | EPOC | | | | | | |  |  | Problemas nasales | | | |  |  |
|  |  |  | Cáncer | | | | | | |  |  | Dolor de garganta | | | |  |  |
|  |  |  | Depresión | | | | | | |  |  | **Cardiovascular** | | | |  |  |
| **Farmacia** | | | Diabetes | | | | | | |  |  | Dolor torácico | | | |  |  |
| Nombre: | | | Enfermedad gastrointestinal | | | | | | |  |  | Palpitaciones | | | |  |  |
| Dirección: | | | Gota | | | | | | |  |  | **Respiratorio** | | | |  |  |
|  | | | Enfermedad del corazón | | | | | | |  |  | Tos | | | |  |  |
| Teléfono: | | | Colesterol alto | | | | | | |  |  | Dificultad para respirar | | | |  |  |
| Fax: | | | Hipertensión | | | | | | |  |  |  | | | |  |  |
|  | | | Enfermedad del riñón | | | | | | |  |  | Gastrointestinal | | | |  |  |
|  | | | Enfermedad hepática | | | | | | |  |  | Dolor Abdominal | | | |  |  |
| Osteoperosis/ Ostepenia | | | | | | |  |  | ERGE | | | |  |  |
| Sí No ¿Puede tomar aspirina?  Sí No ¿Ha recibido la vacuna del tétano?    En caso afirmativo, ¿cuándo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | Artritis reumatoide | | | | | | |  |  | Vómitos | | | |  |  |
| Derrame cerebral | | | | | | |  |  | Náuseas | | | |  |  |
| Problemas de tiroides | | | | | | |  |  |  | | | |  |  |
| Problemas urinarios | | | | | | |  |  |  | | | |  |  |
| HISTORIA SOCIAL | | |  | | | | | | |  |  | **Sistema Musculoesquelético** | | | |  |  |
| **1. ¿Fuma o ha fumado tabaco alguna vez?**  Nunca Exfumador Fumador diario Fumador occasional  **2. ¿Consume o ha consumido alguna vez otras formas de tabaco o nicotina?**  Sí (responda las próximas 2 preguntas) No  **A. ¿Consume o ha consumido tabaco sin humo?**  Nunca Exconsumidor Consumidor de rapé Consumidor de tabaco masticable Consumidor de tabaco en polvo húmedo  **B. ¿Consume o ha consumido alguna vez cigarrilos electrónicos?**  Nunca Exconsumidor Consumidor  **3.¿Cuál fue la fecha de su última prueba de detección de tabaco?**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **4. ¿Cuál es su nivel de consume de alcohol?**  Ninguno Ocasional Moderado Alto | | | Otro | | | | |  | | |  | Dolores articulares | | | |  |  |
|  | | |  | Hinchazón en las extemididades | | | |  |  |
| CURUGÍA  YES NO | | | | AÑO | | | | HOSPITALIZADO/A | Dolores musculares | | | |  |  |
| Espalda | |  |  |  | | | |  | Piel | | | |  |  |
| Rodilla | |  |  |  | | | |  | Cambios en el color de la piel | | | |  |  |
| Hombro | |  |  |  | | | |  | Erupciones cutáneas | | | |  |  |
| Otro | | | |  | | | |  | Neurológico | | | |  |  |
| Debilidad | | | |  |  |
| Entumecimiento | | | |  |  |
| Psicológico | | | |  |  |
| COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS | | | | | | | | | Depresión | | | |  |  |
| SÍ NO | | | | | | | | | Ansiedad | | | |  |  |
| **¿Cuál es su estado civil?**  Solero/a Casado/a Pareja de hecho Divorciado/a Viudo/a | | | Infecciones de heridas | | | | | |  | |  | **Endocrino** | | | |  |  |
| **¿Cuál es su ocupación laboral?** | | |  | | | | | |  | |  | Fatiga | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | **Hematológico/ Linfático** | | | |  |  |
| **¿Podría estar embarazada?**  Sí No | | |  | | | | | | | | | Moretones con facilidad | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | Sangrado excesivo | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | **Alérgico/ Inmunológico** | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | Secreción nasal | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | Urticaria | | | |  |  |
|  | | |  | | | | | | | | | Picazón | | | |  |  |

|  |
| --- |
| Baylis & Brown Orthopedics  350 NW 84th Avenue, Suite 312  Plantation, FL 33324  **Autorización para la divulgación de registros médicos/ autorización de pagos/ políticas de práctica**  **Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Liberación de información**  Yo autorizo ​​la divulgación de información incluyendo el diagnóstico, registros; examen rendido a mí y la información de reclamaciones. Esta información puede ser divulgada a:  Esposo/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Hijos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Miembro(s) de la familia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No ser entregado a nadie  Nombre del médico/ oficina \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Verifique la información solicitada y cómo enviarla. Las placas tienen un costo de $10.00**  \_\_\_ Registro completo \_\_\_ Placas \_\_\_ Correo electrónico \_\_\_ Fax \_\_\_ Correo  **La divulgación de información** permanecerá en vigor hasta que yo la rescinda por escrito.  **Mensajes**  Por favor llame a  mi casa  mi trabajo  mi celular  Si no puede contactarme:  Puede dejarme un mensaje detallado  Por favor, déjeme un mensaje pidiéndome que le devuelva la llamada  Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización debo hacerlo por escrito. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya ha sido divulgada mediante esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley le otorgue a mi aseguradora la autorización. Esta autorización tiene una validez de un año a partir de la fecha de su firma si no es especificada.  Entiendo que el autorizar la divulgación de esta información de salud es voluntario. Puedo negarme a firmar esta autorización. No necesito firmar este formulario para asegurar el tratamiento. Entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información que se utilizará o divulgará. Entiend oque cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una posterior divulgación no autorizada y que la información puede no estar protegida por las normas federales de confidencialidad. También entiendo que, aunque el consultorio hace sus mejores esfuerzos, la transmisión de información por correo electrónico o mensaje de texto entre el consultorio y yo puede no estar cifrada ni ser segura. Si tiene alguna pregunta sobre la divulgación de mi información de salud, puedo comunicarme con el Departamento de Registros Médicos al marcar 954-476-8800.  *Asignación de beneficios de seguro:* Por la presente autorizo el pago directamente a Baylis & Brown Orthopedics (“BABO”) y les asigno todos los derechos y beneficios que yo o el paciente podamos tener bajo cualquier póliza de seguro, incluida la protección médica, de automóvil, de lesiones personales, compensación laboral o cualquier otra cobertura, y además ordeno a dicha compañía de seguros realizar el pago de beneficios directamente. Entiendo que soy financieramente responsable ante la práctica por los cargos no cubiertos por esta asignación.  *Consentimiento para tratamiento médico y quirúrgico:*  El abajo firmante por el presente consiente a todos los servicios de atención médica, tratamientos quirúrgicos, exámenes, pruebas y procedimientos, incluidos, entre otros, exámenes de rayos X, procedimientos y pruebas de laboratorio y diagnóstico, anestesia, que un médico, sus empleados, enfermeras, asociados, asistentes , o sus designados puedan considerar aconsejable para el paciente abajo firmante durante este tratamiento.  *Garantía de pago:* El paciente abajo firmante y el garante, si lo hubiera, por la presente aceptan que los cargos de BABO de acuerdo con las tarifas y términos regulares de BABO y acepta pagar cualquier cargo no cubierto por ningún tercer pagador. La práctica médica presenta los cargos al seguro como cortesía para el paciente, pero el paciente es en última instancia responsable del pago del total de los cargos incurridos. El abajo firmante acepta que si la cuenta se entrega a una agencia de cobranza o a un abogado, el paciente abajo firmante estará obligado a pagar el saldo pendiente más todos los costos judiciales, de cobranza y de abogado. El abajo firmante acepta que cualquier pago en exceso cobrado en esta cuenta se puede aplicar a cualquier cuenta morosa de la cual el paciente abajo firmante sea legalmente responsable.  *Política de referencia*. El propósito de este aviso es informarle sobre la política de nuestra oficina con respecto a las referencias. Si su plan requiere que obtenga una derivación para servicios de especialistas, es su responsabilidad hacerlo. No nos comunicamos con el médico de atención primaria (PCP en inglés) para obtener derivaciones. Si se presenta en la oficina sin una referencia, tiene la opción de pagar de su bolsillo o reprogramar su cita hasta que obtenga una referencia. Para su comodidad, aceptaremos referencias enviadas por fax. Sin embargo, es la responsabilidad del paciente/ padre/ tutor asegurarse de que la derivación se reciba en el consultorio antes de la cita. No dude en llamar a nuestra oficina para verificar que se haya recibido la referencia antes de llegar a nuestra oficina si la referencia se envía por fax.  No seremos responsables de las referencias que estén vencidas o que no sean válidas. Solicite una copia de su referencia si no se le ha proporcionado una para permitirle realizar un seguimiento cuando se necesita una referencia. Informe a nuestra oficina de inmediato sobre cualquier cambio en su póliza de seguro, ya que esto puede anular cualquier referencia registrada y puede generarle gastos de bolsillo innecesarios. Si necesita ayuda para comprender su póliza de seguro, consulte a uno de nuestros miembros del personal administrativo o a la gerencia y con gusto lo ayudaremos.  *Política de sustancias controladas*. Soy responsable de mi sustancia controlada y de todos los medicamentos recetados. Si la receta o el medicamento se pierde, se extravía o me lo roban o lo uso antes de lo recetado, entiendo que no será reemplazado. No solicitaré ni aceptaré medicamentos con sustancias controladas de ningún otro médico o individuo mientras reciba dichos medicamentos de BABO. La excepción sería si estuviera hospitalizado y bajo el cuidado de otro médico. Entiendo que si violo cualquiera de las condiciones anteriores, mi relación con BABO podrá terminar. Entiendo que puedo ser reportado a las autoridades antidrogas, a otros médicos y a centros médicos locales.  Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_  Testigo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_ |