|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre** |  | | | **Fecha  De** | | **Hoy Dia** | |  |
| **Nacimiento** | |  |
| **Nombre de Guardian** | **(**Si el paciente es menor de 18 años**)** | | | | | | | |
| **Estado Civil** | **Soltero □ Casado □ Otro □** | | | | **Género** | | **Masculino □ Femenino □** | |
| **Direccion** |  | | | | | | | |
| **Cuidad,Estado, Codigo Postal** |  | | | | | | | |
| **Numero De** | **Casa** |  | | | | **Correo**  **Electronico** | |  |
| **Celular** |  | | | |
| **Empleador** |  | | | | | **Position** | |  |
| **Direccion De**  **Empleador** |  | | | | | | | |
| **Contacto de Emergencia** | **En caso de emergencia, su familiar mas cercano (que no sea su conyuge), vecino, o amigo.** | | | | | | | |
| **Nombre** |  | | | **Relacion** | | | |  |
| **Direccion** |  | | | **Numero Telefonico #** | | | |  |
| **Si el paciente esta cubierto por un Seguro Dental, complete esta sección.** | | | | | | | | |
| **Nombre** |  | | **# de Seguro social** | | | | |  |
| **Nombre de Seguro** |  | | **ID de Miembro** | | | | |  |
| **# de Grupo** | | | | |  |
| **Referencia** | **¿Cómo te refirieron a nosotros?**  **Amigo/Miembro de Famlia □ Paginas Amarillas □ Internet □**  **Compañia de Seguro □ Perdiodico□ Otro □** | | | | | | | |
| **Publicacion de Informacion/Asignacion de Beneficios :**  **X\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Firma (paciente/guardian parental)**  \*\*\* 48 horas de aviso previo necesario si no puede cumplir con la cita. De lo contrario se cobrara una tarifa de cita cancelada de $50.00.\*­­­­­­­­­­­­ | | | | | | | | |
| **Historial Médico j0199755**  Responda TODAS las preguntas marchando **SÍ** o **No.**  Si no entiende una pregunta, pase a la siguente, elmedico la revisar á con usted.  **TODA la información es CONFIDENCIAL!!**   1. ¿Cuándo recibió tratamiento dental por última vez? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    1. ¿Que tipo de tratamiento? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2. ¿Alguna vez uso brackets dentales? **Si □ No** □ 3. ¿Alguna vez te hicieron una cirugia de encias? **Si □ No** □ 4. ¿Alguna vez has tenido alguna dificultad con cualquier trabajo dental? **Si □ No** □ 5. ¿Has sido hopsitalizado durante los ultimos 3 años? **Si □ No** □    1. En caso afirmativo, expliquelo por favor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 6. ¿Ha tendio alguna enfermedad grave en los ultimos 3 años? **Si □ No □**     1. En caso afirmativo, expliquelo por favor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 7. ¿Esta bajpo el cuidado de un medico? **Si □ No □**    1. Si es asi, ¿para que condicion? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    2. Nombre de Medico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    3. Numero de Medico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 8. Fumas? **Si □ No** □ 9. ¿Usas alguna otra forma del tabaco? **Si □ No** □   ¿Esta **ACTUALMENTE TOMANDO** alguna de las suigentes drogas o medicamentos?   1. Penicilina/ Otros Antibioticos **Yes □ No** □ 2. Diyulantes de Sangre **Yes □ No** □ 3. Esteroides o Cortisona **Yes □ No** □ 4. Medicina para la Presion Alta  **Yes □ No** □ 5. Tranquilizador **Yes □ No** □ 6. Medicamentos Immunosupresores **Yes □ No** □ 7. Aspirina **Yes □ No** □ 8. Hierbas/ Vitaminas **Yes □ No** □   9) Otro medicamentos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ¿Tiene **ALERGIA** o **REACCION** a alguno de los siguientes medicamentos y materiales?   1. Latex **Yes □ No** □ 2. Anestesicos Locales **Yes □ No** □ 3. Penicilina**/** Otros Antibioticos **Yes □ No** □ 4. Pastillas Sedantes/Para Dormir **Yes □ No** □ 5. Codeina/ Otros Narcoticos **Yes □ No** □ 6. Medicacion del Dolor **Yes □ No** □   Si es asi, ¿que medicamento? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  7)Otro (Especificar) **Yes □ No** □  Si es Asi, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **¿Tiene o ha tendio alguna de las siguentes enfermedados/condiciones?**   |  |  | | --- | --- | | **Cardiovascular** | **Infectious disease** | | **Yes □ No□**  **Yes □ No□**  **Yes □ No□**  **Yes □ No□**  **Yes □ No□**  **Yes □ No□**  **Yes □ No□**  Fiebre Reumatica Defecto Corazon Congenito Insuficiencia Cardiaca Congestiva Soplos Cardiacos  Presion Atla/Baja Ataque de Corazon  Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Yes □ No□**  **Yes □ No□**  **Yes □ No□**  **Yes □ No□**  Hepatitis  Enefermedad Venerea  Tuberculosis  VIH Positivo | | **Enfermedad Respiratoria** | | **Yes □ No□**  **Yes □ No□**  **Yes □ No□**  Asma o Bronquitis  Enfisema  Sinusitis Por Fiebre Del Heno | | **Desorden Endocrino** | **Desorden Sanguino** | | **Yes □ No□**  **Yes □ No□**  **Yes □ No□**  Diabetes **Yes□ No**□  Hipertiroidismo (alto) **Yes□ No**□  Hipotiroidismo (bajo) **Yes□ No**□ | **Yes □ No□**  Anemia **Yes** **□ No □**  ¿Sangra excesivamente cuando se corta?  **Yes** **□ No □**  **Yes □ No□** | | **Enfermedad del Riñon** | **Diverso** | | ¿Has tendio alguna infeccion renal?  **Yes □ No** □  ¿Ha tendio una cirugia de riñon?  **Yes □ No** □ | **Yes □ No□**  **Yes □ No□**  **Yes □ No□**  **Yes □ No□**  **Yes □ No□**  Desmayos Frecuentes  Enfermedad Hepatica/Ictericia  Artritis  Ulcera  Radioterapia para el Cancer  Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |   **\*\*\* ¿Tiene algun problema medico no mencionado anteriormente?** **Si □ No** □  Explique Porfavor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **\*\*\* Solo Mujeres**  1) ¿Esta embarazada? **Yes □ No** □  Si es asi, ¿cuando va dar a luz? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  2) ¿Esta tomando terapia hormonal? **Yes □ No** □  **X\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **(Por favor, firme su nombre en la linea de arriba)**  **Columbia Dental Group & Georgia Dental Implant Center**  2476 Pleasant Hill Road Ste#201 Duluth GA 30096, 770-476-9116354 Bullsboro Drive Unit#4 Newnan GA 30263, 770-683-9622 5938 Buford Hwy #201/202 Doraville GA 30340, 770-559-5653  200 Ashford Center N. #330 Dunwoody GA 30338, 770-396-1188  **Politca Financiera Escrita:** Gracias por elegir Columbia Dental Group y Georgia Dental Implant Center. Nuestra mision principal es brindar la mejor y mas completa atencion dental disponible. Una parte importante de la informacion es hacer que el costo de una atencion optima sea tan facil y manejable para los pacientes como sea posible al ofrecer varias opciones de pago.  **Opciones de Pago:** Usted puede elgegir :- Cash, Check, Visa, MasterCard, American Express or Discover Card- Opciones convenientes de pago mensual Care Credit Healthcare Credit Card  Columbia Dental Group y Georgia Dental Implant Center requiren su copago en cada una de sus citas. Si decide suspender la atencion antes de que se complete el tratamiento, recibira un reembolso menos el costo de la atencion recibida.  Para los planes que requieren mas de 1 cita, se pueden proporcionar arreglos de pago alternativos. Para planes de tratamiento mas grades y mas completos de $2,000 o mas, se require un deposito del 50% para asegurar su cita de tratamiento inicial.  Para pacientes con Seguro dental, nos complace trabajar con su proveedor para maximizar su beneficio y fracturarles directamente por el reembolso de su trabajo.  Se cobra una tarfia de $50 a los pacientes que pierden o cancelan mas de 2 veces en un año calendario sin previo aviso con 24 horas de anticipacion.  Columbia Dental Care y Georgia Dental Implant Center cobra $35 por cheques devueltos.  Si tiene alguna pregunta, no dude en preguntar. Estamosaqui para ayudarlo a obtener la odontologia que desea o necesita.  **X\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Firma del Paciente, Padre o Guaridan Nombre del Paciente Fecha**  Sujeto a la aprobacion de credito.  Sin embargo, si no recibimos el pago de su compañia de sguros dentro de los 90 dias, usted sera responsible del pago de sus tarfias y del cobro se sus beneficios directamente a su compañia de Seguro.  **Aviso de Practicas de Privacidad** Columbia Dental Group & Georgia Dental Implant Center 2476 Pleasant Hill Road Ste#201 Duluth GA 30096, 770-476-9116354 Bullsboro Drive Unit#4 Newnan GA 30263, 770-683-9622 5938 Buford Hwy #201/202 Doraville GA 30340, 770-559-5653  200 Ashford Center N. #330 Dunwoody GA 30338, 770-396-1188  **ESTE AVISO DESCRIBE COMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACION MEDICA Y COMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACION. LEA ESTA CON CUIDADO.**  Respetamos nuestra obligacion legal de mantener privada la informacion de salud que lo identifica. Stamos obligados por ley a darle avido de nuestra practica. Este avido describe como protegemos su informacion de salud y que derechos tiene al respecto.  **TRATAMIENTO, PAGO Y PERACIONES ATENCION MEDICA**  La razon mas comun por la que usamos o divulgamos su informacion de salud es para el tratmiento, el pag o las operaciones de atencion medica. Ejemplos de como usamos o divulgamos informacion para fines de tratamiento son: la organizacion y la cita para usted; examinando tus dientes; recetar medicamentos y enviar por fax para luego se llenado; lo rimitira a otro medico o clinica para otros servicios de atencion medica; o obtener copias de su inforamcion de salud de otro professional que usted haya visot antes que nosotros. Ejemplos de como usamos o divulgamos su informacion de salud para fines de pago son; preguntandole sobre sus planes de antencion medica, dental o otras fuentes depago; preparary enviar facturas o reclamos; y cobrar montos impagos (ya sea nosotros mismos o a traves de una agencia de cobro o un abogado). “Operaciones de atencion medica” significan las funciones administrativas y de gention que temenos que hacer para salir de la oficina. Ejelmplos de como usamos o disolvemos su informacion de salud para opercaiones medica son: auditorias financieras o de facturacion; garantia de calidad interna; decisions de personal; participacion en planes de atencion administrada; defense de asuntos legales; planificacion empresarial; y almacenamiento externo de registros fuera.  Ultilizamos rutinariamente su informacion de salud dentro de la oficina para estos fines sin ningun permiso especial. Si necesitamos divulger su informacion de salud fuera de nuestra oficina por estos motivos, generalmente no le solicitaremos un permiso especial por escrito.  **USOS Y DIVULGACION POR OTRAS RAZONES SIN PERMISO**  En alungas situaciones limitadas, la ley nos permite o require que usamos o divuguemos su informacion de salud sin su permiso. No todas estas situaciones se aplicaran a nosotros; alugnos nunca pueden aparecer en nuestra oficina absolute. Tales usos o divulgacioens son: Cuando una ley estatal o federal exige que cierta informacion de salud se informe para proposito specific; Para propositios de salud publica, como informes de enfermedads contagiosas, investigacion o vigilancia; y avisos hacia y desda la Administracion Federal de Alimentos u Medicamentos con respeto a medicamentos o depositivos medicos. Divulgaciones a las autoridades gubernamentales sobre victimas de sospecho de abuso negligencia o violencia domestica; Usos y divulgaciones de actividades de supervision de la salud, como la licensia de mediso; para auditorias de Medicare o Medcaid; o para la investigacion de posibles violaciones de las leyes de atencion medica; Divulgaciones para procedimientos judiicales y administrativos, como en reqpuesta a citaciones u ordines de tribunals o agencias administrativas; Divulgaciones con fines policiasles, como proporcionar infmation sobre alguien que es o se sospecha que es victim de delito; parap proporcionar informacion sobre un crimen en nuestra oficina; o para reporter ina crimen que sucedio en otro lugar; Divulgaciones al medico forense para idenficar a una persona de trato o para determiner la causa de la muerte; o a directores de fenerarias para ayudar en el entierro; o a organizaciones que menejan donaciones de organos o tejidos; Usos y divulgaciones para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad; Usos o divulgaciones para funciones gubernamentales especializadas, tales como la procteccion del president o funcionarios gubernamentles de alto rango; para actividades legales de inteligencia nacional; para fines militares; o para la evaluacion y la salud de los miembros de los servicios extranjeros; Divulgaciones de informaction no identificada; Divulgaciones relcionadas con los programas de compensacion a ltrabajador; Divulgaciones de un conjunto de fecha limitada: para investigaciones, salud publicao peraciones de atencion medica; Divulgaciones incidentals que son un subproducto inevitable de usos o divulgaciones permitidas; Divulgaciones a “socios comerciales” que realizan oaciones de atencion medica para nosotros y que se comprometen a respetar la privacidad de su informacion de salud. A meno que tenga una objection, Tambien compartiremos informacion relevante sobre su cuidado con su familia o amigos que lo estan ayudando con su cuidado dental.  **RECORDATORIOS DE CITAS**  Podemos llamar o escribir para recordarle citas programadas, o que es hora de hacer una cita de rutina. También podemos llamar o escribir para notificarle sobre otros tratamientos o servicios disponibles en nuestra oficina que podrían ayudarlo. A menos que nos indique lo contrario, le enviaremos por correo un recordatorio de cita en una tarjeta postal, y / o le dejaremos un recordatorio en el contestador automático de su casa o con alguien que conteste su teléfono si no está en casa.  **OTROS USOS Y DIVULGACIONES**  No haremos ningún otro uso o divulgación de su información de salud a menos que firme un "formulario de autorización" por escrito. El contenido de un "formulario de autorización" está determinado por la ley federal. A veces, podemos iniciar el proceso de autorización si el uso o la divulgación es nuestra idea. A veces, puede iniciar el proceso si es su idea que enviemos su información a otra persona. Normalmente, en esta situación, nos dará un formulario de autorización debidamente completado o puede usar uno de los nuestros. Si iniciamos el proceso y le pedimos que firme un formulario de autorización, no tiene que firmarlo. Si no firma la autorización, no podemos hacer el uso o la divulgación. Si firma uno, puede revocarlo en cualquier momento a menos que ya hayamos actuado confiando en él. La revocación debe ser por escrito. Envíelos a la persona de contacto de la oficina nombrada al comienzo de este Aviso.  Sus derechos con respecto a su información de salud  La ley le otorga muchos derechos con respecto a su información de salud. Usted puede: pedirnos que restrinjamos nuestros usos y divulgaciones para fines de tratamiento (excepto tratamiento de emergencia), pagos u operaciones de atención médica. No tenemos que aceptar esto, pero si aceptamos, debemos respetar las restricciones que desee. Para solicitar una restricción, envíe una solicitud por escrito a la persona de contacto de la oficina a la dirección, fax o correo electrónico que se muestran al comienzo de este Aviso. Pídanos que nos comuniquemos con usted de manera confidencial, por ejemplo, llamándolo por teléfono al trabajo en lugar de hacerlo a su casa, enviando por correo la información de salud a una dirección diferente o mediante el envío de un correo electrónico a su dirección de correo electrónico personal. Aceptaremos estas solicitudes si son razonables, y si nos paga por cualquier costo adicional. Si desea solicitar comunicaciones confidenciales, envíe una solicitud por escrito a la persona de contacto de la oficina a la dirección, fax o correo electrónico que se muestran al principio de este Aviso. Pida ver o obtener fotocopias de su información de salud. Por ley, existen pocas situaciones limitadas en las que podemos negarnos a permitir el acceso o la copia. En su mayoría, sin embargo, podrá revisar o tener una copia de su información de salud dentro de los 30 días de habernos preguntado (o 60 días si la información se almacena fuera del sitio). Puede que tenga que pagar las fotocopias con anticipación. Si rechazamos su solicitud, le enviaremos una explicación por escrito e instrucciones sobre cómo obtener una revisión imparcial de nuestra denegación si hay una disponible legalmente. Por ley, podemos tener una extensión de 30 días para que podamos darle acceso o fotocopias si le enviamos un aviso por escrito de la extensión. Si desea revisar u obtener fotocopias de su información de salud, envíe una solicitud por escrito a la persona de contacto de la oficina a la dirección, fax o correo electrónico al comienzo de este aviso.  Pídanos que modifiquemos su información de salud si cree que es incorrecta o incompleta. Si aceptamos, enmendaremos la información dentro de los 60 días a partir de la fecha en que nos lo solicite. Le enviaremos la información correcta a la persona que sabemos que recibió la información incorrecta, y a otras que especifiquen. Si no estamos de acuerdo, puede escribir una declaración de su posición, y la incluiremos con su información de salud junto con cualquier declaración de refutación que podamos escribir. Una declaración de posición y / o nuestra refutación está incluida en su información de salud; lo enviaremos siempre que hagamos una divulgación permitida de su información de salud. Por ley, podemos tener una extensión de 30 días para considerar una solicitud de enmienda si le notificamos por escrito la extensión. Si desea solicitar que corrijamos su información de salud, envíe una solicitud por escrito, incluyendo sus razones para la modificación, a la persona de contacto de la oficina a la dirección, fax o correo electrónico al comienzo de este Aviso.   Obtenga la lista de las divulgaciones que hemos hecho de su información de salud en los últimos seis años (o un período más corto si lo desea). Por ley, la lista no incluirá; divulgaciones con su autorización; revelación incidental;  divulgaciones requeridas por la ley; y operaciones de atención médica, divulgaciones con su autorización, divulgación incidental; divulgación requerida por la ley; y algunas otras divulgaciones limitadas. Usted tiene derecho a una de esas listas por año sin cargo. Si desea listas más frecuentes, deberá pagarlas por adelantado. Por lo general, responderemos a su solicitud dentro de los 60 días posteriores a la recepción, pero por ley podemos tener una extensión de 30 días si le notificamos la extensión por escrito. Si desea una lista, envíe una solicitud por escrito a la persona de contacto de la oficina a la dirección, fax o correo electrónico al comienzo de este Aviso.   Obtenga copias impresas adicionales de este Aviso de prácticas de privacidad cuando lo solicite. No importa si ya recibió una forma electrónica o en papel. Si desea copias en papel adicionales, envíe una solicitud por escrito a la persona de contacto de la oficina a la dirección, fax o correo electrónico al comienzo de este Aviso.  **NUESTRO AVISO DE PRÁCTICA DE PRIVACIDAD** Por ley, debemos cumplir con los términos de este Aviso de prácticas de privacidad hasta que optemos por cambiarlo. Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso en cualquier momento según lo permita la ley. Si cambiamos este Aviso, las nuevas prácticas de privacidad se aplicarán a la información de su salud que ya tenemos, así como a la información que ya se haya proporcionado y a la información que podamos generar en el futuro. Si cambiamos nuestro Aviso de prácticas de privacidad, publicaremos el nuevo aviso en nuestra oficina, tendremos copias disponibles en nuestra oficina y lo publicaremos en nuestro lado húmedo.  **QUEJAS**  Si no respetamos debidamente la privacidad de su información de salud, puede quejarse con nosotros o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Oficina de Derechos Civiles. No tomaremos represalias contra usted si presenta una queja. Si desea presentar una queja ante nosotros, envíe una queja por escrito a la persona de contacto de la oficina a la dirección, fax o correo electrónico al comienzo de este Aviso. Si lo prefiere, puede discutir su queja en persona o por teléfono.  .  **PARA MÁS INFORMACIÓN**  Si desea obtener más información acerca de nuestras prácticas de privacidad, llame o visite a la persona de contacto de la oficina a la dirección o al número de teléfono que se muestran al comienzo de este Aviso.  **Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |