

Por Favor Marque:

- Sesión Completa
28 días - Julio 5 to Agosto 11
- Sesión Parcial - 1a. Sesión
13 días - Julio 5 to Julio 21
- Sesión Parcial - 2a. Sesión
15 días - Julio 24 to Agosto 11



Children's Aid

- Me gustaría que mi Hijo(a)(a) sea agrupado con este otro campista:
- _____

- Me gustaría que mi Hijo(a)(a) fuera transportado en autobús desde este Centro:
- _____

Campamento Wagon Road Formulario De Inscripción 2023

Wagon Road Camp, 431 Quaker Road, Chappaqua, NY 10514

Camp 2023: miércoles 5 de julio al viernes 11 de Agosto

Este formulario debe ser completado por el padre o tutor de un campista que se inscriba en el campamento de verano.

INFORMACIÓN DEL JOVEN

Apellido		Nombre	
Dirección domicilio		Apartamento #	
Ciudad, Estado, Código Postal		Teléfono domicilio	
Fecha de Nacimiento		Sexo	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> No Responde
Étnia	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Responde	Raza	<input type="checkbox"/> Indoamericano/Nativo Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo Hawái/Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No Responde
Idioma de Preferencia		2023-2024 Escuela	
2022-2023 Escuela		Curso Completado en Primavera 2023	
Dirección Escuela 2022-2023		Servicios Escolares que recibe	<input type="checkbox"/> Educación Especial <input type="checkbox"/> Programa de Educación Individualizado (IEP) <input type="checkbox"/> Aprendiz Idioma Inglés (ELL) <input type="checkbox"/> Almuerzo gratuito/precio reducido
Tipo de Escuela	<input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Autónoma <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Otro		
Nombres de otros hermanos o miembros de la familia en este programa			
Campistas con IEP o Necesidades Especiales	Wagon Road Summer Day Camp es un campamento convencional para niños neurotípicos de 6 a 13 años. Hacemos adaptaciones razonables para los solicitantes con necesidades especiales e IEP caso por caso. Si su Hijo(a) tiene una necesidad especial o un IEP, proporcione los detalles de su condición a continuación y firme el formulario de Divulgación de información. En este caso, envíe el formulario adjunto para que su Hijo(a) asista al campamento.		

INFORMACIÓN PADRE/TUTOR

Si se presenta una emergencia, por favor contactar a:

Padre/Tutor #1

Nombre	
Apellido	
Teléfono domicilio	
Ciudad, Estado, Código Postal	
Teléfono Principal	
Teléfono Secundario	
Correo Electrónico Padre	
Idioma de Preferencia	
Parentesco con el Joven	

Padre/Tutor #2

Nombre	
Apellido	
Teléfono domicilio	
Ciudad, Estado, Código Postal	
Teléfono Principal	
Teléfono Secundario	
Correo Electrónico Padre	
Idioma de Preferencia	
Parentesco con el Joven	

CONTACTOS DE EMERGENCIA ADICIONALES

Por favor identifique DOS individuos FUERA DE SU CASA a quienes se puede llamar si los padres/tutores no están disponibles.

Nombre Completo		Nombre Completo	
Recogida	Si esta persona también puede recoger a su Hijo(a), marque aquí: <input type="checkbox"/>	Recogida	Si esta persona también puede recoger a su Hijo(a), marque aquí: <input type="checkbox"/>
Parentesco con el Joven		Parentesco con el Joven	
Teléfono Principal		Teléfono Principal	
Teléfono Secundario		Teléfono Secundario	
Correo Electrónico de Contacto		Correo Electrónico de Contacto	

PROGRAMA DE RECOGIDA/SALIDA

Permiso para recoger al niño. Yo, o los siguientes individuos mayores de 16 años pueden recoger a mi Hijo(a):	Nombre	Parentesco con el joven	Teléfono
	Nombre	Parentesco con el joven	Teléfono
NO LIBERAR a mi Hijo(a) a las siguientes personas:	Nombre	Parentesco con el joven	
	Nombre	Parentesco con el joven	
Orden de Protección	Tengo una orden de protección con el(los) individuo(s) enumerados arriba y/u otros individuos: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ⇨ Si es afirmativo, cuales individuos:		

CONSENTIMIENTOS

Consentimiento para Participar

Admisión: Yo afirmo que soy el padre/tutor del niño mencionado anteriormente, y autorizo a Children's Aid a admitir a mi Hijo(a) en el Campamento Diurno Wagon Road. Mi Hijo(a) puede participar en todas las actividades: natación, equitación, cursos de cuerdas altas y bajas, deportes, tiro con arco, tobogán inflable, pelota Gaga, cocina, jardinería, teatro, música, danza, arte, senderismo, tirolina, presentaciones grupales, iniciativas, estudio de la naturaleza, actuaciones de invitados, carnaval de campamentos, juegos de grupos pequeños y actividades que desarrollan habilidades para cuidar de sí mismo y de los demás. Doy permiso para que mi Hijo(a) coma la comida que se sirve en el campamento. Esta autorización se aplica a menos que yo especifique por escrito que mi Hijo(a) no participe en una actividad. La información sobre mi Hijo(a) en esta solicitud es verdadera y precisa, y cualquier falsificación o retención de información es motivo para la terminación del servicio.

Acampar por una noche: Entiendo que hay una estancia de una noche ofrecida para cada campista. No hay cargo adicional y es opcional. Al firmar este consentimiento, doy permiso a mi Hijo(a) para participar en la estancia por una noche, pero me doy cuenta de que él/ella no está obligado(a) a participar. Entiendo que la estancia por una noche incluirá actividades dirigidas por especialistas, fogatas, caminatas nocturnas opcionales y otras actividades recreativas compatibles con el Campamento Wagon Road.

Artículos Perdidos: Entiendo que Children's Aid no es responsable por artículos perdidos, y entiendo que se recomienda que no se traigan artículos de valor al campamento.

Protector Solar:

- Mi Hijo(a) tiene autorización para traer protector solar al campamento y aplicárselo Sí No
- El personal de Wagon Road puede aplicar protector solar a mi Hijo(a) diariamente y cuando sea necesario: Sí No

Repelente para Insectos:

- Mi Hijo(a) tiene permiso para traer repelente para insectos al campamento y aplicárselo: Sí No
- Wagon Road Staff may apply camp bug repellent to my child as needed: Sí No

Padre/Tutor (Imprimir) _____

Padre/Tutor Firma: _____ Fecha: _____

Consentimiento para Atención Médica de Emergencia/Cuidado Dental

Si mi Hijo(a),____, requiere atención médica de emergencia o atención dental de emergencia y no puedo ser contactado, doy mi consentimiento al programa Children's Aid para obtener la atención médica de emergencia o atención dental de emergencia necesaria para mi Hijo(a). Estoy de acuerdo en pagar todos los costos asociados con la atención médica o dental de emergencia que mi Hijo(a) reciba. Entiendo que se hará todo lo posible para contactarme antes y después de que se le proporcione atención médica o dental.

Entiendo que este consentimiento entrará en vigor a partir de la fecha de mi firma de este formulario y continuará mientras mi Hijo(a) esté inscrito en el programa.

Padre/Tutor (Imprimir) _____

Padre/Tutor Firma: _____ Fecha: _____

Consentimiento para Foto/Video grabación y Uso del Trabajo del Joven

Por favor tenga en cuenta que, a veces, el personal, los fotógrafos, periódicos, reporteros de televisión, representantes de los medios de comunicación, y el personal de relaciones públicas pueden estar presentes durante las actividades del programa y los eventos especiales, tanto en el campamento como fuera de él. En algunos casos, pueden fotografiar, entrevistar, o de otro modo grabar a los niños que participan en estos eventos. Las imágenes, videos y entrevistas resultantes se pueden utilizar únicamente con fines no lucrativos y no comerciales del programa, con o sin el nombre del participante, para promover los programas en medios impresos y electrónicos publicados por nuestra agencia tales como folletos, libros, boletines impresos y de correo electrónico, DVDs y videos, sitios web y blogs

Entiendo que mi Hijo(a),__puede ser fotografiado, entrevistado o de otra manera grabado durante las actividades y eventos especiales, y doy mi permiso para que mi Hijo(a) sea fotografiado, entrevistado o de otra manera grabado únicamente con fines no lucrativos no comerciales del programa Sí, doy mi permiso No, no doy mi permiso

Entiendo que el trabajo de mi Hijo(a),_____se puede usar en materiales que promuevan programas únicamente con fines no lucrativos no comerciales del programa. Sí, doy mi permiso No, no doy mi permiso

Padre/Tutor (Imprimir) _____

Padre/Tutor Firma: _____ Fecha: _____

2023 INFORMACIÓN DE SALUD (PARA SER COMPLETADA POR EL PADRE O TUTOR DEL NIÑO)

Esta información confidencial será usada solamente para garantizar la seguridad de su Hijo(a)(a) mientras esté en nuestros programas.

CONDICIÓN	NO	SI	Fecha última ocurrencia:
Asma			
¿Usa el niño un inhalador?			
Convulsiones			
Diabetes			
Obesidad			
Sarampión			
Varicela			
Enfermedad Congestiva (i.e. soplo cardiaco/enfermedad, presión sanguínea)			
Enf. Comportamiento/ Emocionales			
Aparatos Correctivos (i.e. audiófonos, lentes)			
Incapacidad Física			
EpiPen			

ALERGIAS	NO	SI	Si es así, especifique la reacción:
Penicilina			
Ungüentos tópicos			
Picaduras de insectos			
Fiebre Alta			
Plantas			
Otras Medicinas			
Alimentos			
Por favor proporcione detalles sobre cualquier condición/alergias verificadas anteriormente o cualquier condición/alergia no listada:			

Necesidades de Cuidado de Salud.1. ¿Tiene su Hijo(a) alguna restricción alimenticia? Sí No

⇒ Si es afirmativo, por favor describa:

2. ¿Hay actividades en las que su Hijo(a) no puede participar? Sí No

⇒ Si es afirmativo, por favor describa:

3. ¿Tiene su Hijo(a) necesidades especiales de cuidado de salud? Sí No

⇒ Si es afirmativo, por favor complete el formulario "Plan de Atención Médica Individual para un Niño con Necesidades Especiales de Atención Médica"

4. ¿Toma su Hijo(a) medicamentos para alguna dolencia o enfermedad? Sí No

⇒ Si es afirmativo, por favor describa:

5. ¿Tendrá su Hijo(a) que tener acceso a algún medicamento mientras está en nuestro programa? Sí No

⇒ Si es afirmativo, por favor complete el formulario "Autorización para Medicación".

6. ¿Está su Hijo(a) vacunado contra el COVID 19? Sí No **Nota: No se requiere vacunación para asistir al campamento.**

⇒ En caso afirmativo, proporcione prueba de vacunación.

Proveedor de Cuidado de Salud. Por favor traiga un formulario médico (adjunto) completado por el médico del niño en el último año.

Médico del Niño:

Teléfono del Médico:

Dirección del Médico:

Seguro de Salud.

Aseguradora:

Número de Póliza:

Firma del Padre**Fecha**



Children's Aid
Every step of the way

Wagon Road Camp

Número: 914-238-4761

431 Quaker Road, Chappaqua, NY 10514

FAX: 914-238-0714

Celda: 917-634-6616

Consentimiento Especial de Campamento de Verano 2023

Por favor de notar las siguientes condiciones especiales del campamento de verano 2023 en Wagon Road. Todos los cuidadores deben dar su consentimiento a estas condiciones para que sus Hijo(a)s se inscriban en el campamento.

Antecedentes: La guía del Departamento de Salud del Estado de Nueva York (DOH), para los campamentos de verano se publicará en mayo de 2023. Estas pautas estarán vigentes a menos que la guía del DOH requiera que las cambiemos. En cuyo caso se le notificará.

El verano pasado no hubo casos de COVID que pudieran rastrearse hasta Wagon Road Camp. Hubo algunos campistas y personal que dieron positivo por COVID (14 casos de 370 campistas y personal), **pero eso no provocó un brote de casos en el campamento**. Este es el segundo año en que no ha habido propagación de COVID durante el campamento de verano.

Reglas de funcionamiento del campamento 2023:

- El personal debe estar vacunado para trabajar en Wagon Road
- Los campistas no necesitan vacunarse, pero es muy recomendable.
- El programa de campamento operará con una organización pre-pandemia. Es decir, no hay restricciones en las actividades o interacciones entre los campistas y el personal.
- Este verano el campamento tendrá una matrícula de 300 campistas.

Condiciones:

1. Evaluación: a no se requerirá la evaluación diaria. Cualquier miembro del personal o campista que muestre enfermedad en el campamento será examinado para detectar COVID. Si se descubre que tiene COVID, el campista o el personal serán aislados y enviados a casa. Deben estar en cuarentena durante 5 días y pueden regresar al campamento si no tienen síntomas y deben usar una máscara durante 5 días más.
2. Se informará a los padres que su Hijo(a) ha tenido una exposición en el autobús o en su grupo. No evaluaremos a los campistas ni al personal a menos que presenten síntomas de enfermedad.
3. Si su Hijo(a) se enferma y da positivo por una enfermedad transmisible, debe comunicarse con nosotros de inmediato para informar al DOH. Le indicaremos cuánto tiempo su Hijo(a) debe permanecer fuera del campamento. Dependiendo de la situación, es posible que solicitemos una prueba de COVID al regreso de su Hijo(a).
4. Cualquier miembro del personal o campista que dé positivo en la prueba de COVID o muestre síntomas de COVID debe ser informado al DOH **si fuera necesario**. Bajo estas circunstancias, se deben seguir las

acciones ordenadas por el DOH. Estos mandatos se describirán antes del inicio del campamento, y el DOH puede cambiarlos según lo requiera la situación.

5. No se requieren máscaras para el campamento, son opcionales.
6. El lavado y desinfección de manos se realiza al principio y al final de cada actividad como mínimo.
7. Estas reglas están sujetas a cambios si surge nueva información sobre la pandemia o si el DOH instituye reglas más restrictivas o más relajadas.
8. Todas las fuentes de agua estarán apagadas durante el verano, a menos que el DOH apruebe su uso.

Estas prácticas son consistentes con la guía del Departamento de Salud y haremos todo lo posible para mantener a su Hijo(a) a salvo de COVID 19, no podemos prometer ni garantizar que este u otro patógeno no ingrese a Wagon Road. Participar en el programa del campamento significa que siempre existirá el riesgo de que su Hijo(a) se enferme de COVID u otra posible enfermedad contagiosa. Queremos que sea plenamente consciente de este riesgo al decidir enviar a su Hijo(a) al campamento, y que esté dispuesto a aceptar y asumir este riesgo en nombre de su Hijo(a).

Elegí que mi Hijo(a) asista a Wagon Road Camp durante el verano de 2023. Reconozco que mi Hijo(a) será responsable de seguir todas las reglas del campamento con respecto al uso de máscaras y el distanciamiento social según las indicaciones. También entiendo que participar en las actividades del Campamento puede poner a mi Hijo(a) en mayor riesgo de contraer COVID-19, mi familia ha discutido este riesgo y está dispuesta a asumir este riesgo.

Doy mi consentimiento para que administre una prueba COVID en el campamento a discreción del Director del Campamento o la Enfermera del Campamento.

Reconozco y acepto que renunciamos a todos los derechos y eximiremos de responsabilidad a Children's Aid por cualquier enfermedad o muerte resultante debido a COVID-19.

Firma

Fecha

Nombre del Cuidador

Formulario Físico Anual 2023

Wagon Road Camp, 431 Quaker Road, Chappaqua, NY 10514

Número: 914-238-4761 Fax 914-238-0714 Correo Electrónico: cayala@childrensaidnyc.org

El propósito de este formulario es proporcionar al personal la información pertinente, que atenderá las necesidades del campista en el Campamento de Verano Wagon Road. **El Médico debe firmar este formulario.**

Nombre del Campista _____ **Fecha de Nacimiento** _____

Historial de Inmunización: Completar o adjuntar	Fechas:
Trivalente	
Refuerzo	
Tétano	
Polio	
Triple Viral	
Hepatitis A	
Hepatitis B	
Vacuna antimeningococcica	
Varicela	

Examen Médico: Llenar por un Médico/Enfermera Practicante con licencia	Código: S=Satisfactorio X=No-Satisfactorio (explicar)						
Apariencia General:							
Estatura:	Peso:						
Presión Arterial:							
	Código		Código		Código		Código
Postura & Columna		Garganta & Amígdalas		Ojos		Visión	
Lentes		Extremidades		Corazón		Oídos	
Audición		Pies		Pulmones		Piel	
Nariz		Dientes		Abdomen		Hernia	
Genitales							

Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Describe el asma:
Necesita EpiPen	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	**En caso afirmativo, se requiere el formulario de autorización de inhaladores de campamento diurno de verano y Epi-Pen/Avi-Q
Alergias	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Proporcione detalles de alergia:
Otros problemas Médicos o de Comportamiento	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Por favor describa:
Hallazgos anormales o condiciones de discapacidad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Por favor describa:
Restricciones físicas mientras está en el campamento <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Restricciones:	
	Dieta Especial:	
	Valoración General:	

He examinado a la persona indicada aquí, revisado su historial de salud, y es mi opinión que él/ella es físicamente capaz para participar en las actividades del Campamento Diurno (excepto como se indicó anteriormente)

(Médico Examinador/Enfermera Practicante)

(# Teléfono)

(Dirección)

(Fecha del Examen)

Formulario De Autorización De Medicamentos 2023

Wagon Road Camp, 431 Quaker Road, Chappaqua, NY 10514

Número: 914-238-4761 Fax 914-238-0714 Correo Electrónico: cayala@childrensaidnyc.org

Para que la medicación sea administrada a los participantes. Este documento debe ser totalmente completado y **firmado por el padre y el médico**.

Se deben seguir las siguientes reglas:

1. Todos los medicamentos recetados, de venta libre (OTC), cremas medicadas y vitaminas/suplementos a base de hierbas provistos por los padres requieren tanto la orden del médico como el permiso del padre.
2. Todos los artículos deben enviarse al campamento en los envases originales de la farmacia o en los envases de venta libre.
3. A menos que los campistas estén autorizados para transportar y automedicarse medicamentos como inhaladores y Epi Pens (ver página adjunta), estos artículos deben enviarse al campamento y permaneces allí para su uso. Si el tutor no puede cumplir con este requisito, debe hablar sobre el transporte con el director del campamento.
4. Todos los medicamentos recetados, medicamentos de venta libre, cremas medicadas y vitaminas/suplementos a base de hierbas deben ser actuales y no caducados.

Nombre del Campista _____ **Fecha de Nacimiento** _____

Nombre del Padre _____ **# Teléfono Primario** _____

Nombre del Médico _____ **# Teléfono Primario** _____

Doy mi permiso para que el designado médico en el sitio administre los siguientes medicamentos para el participante mencionado anteriormente:

Medicamento/OTC/Vitamina Suplemento/Crema	Condicion Tratada	Dosis por mg	Via	Frecuencia/ Hora	Condiciones para PRN

Esta lista de medicamentos de venta libre se le puede dar a su Hijo(a) solo si usted y su médico lo aprueban.

- Encierre en un círculo "sí" o "no" para cada uno.

Medicamentos OTC	Dosis	Via	Horario	Condiciones para PRN	Indicar	
					Sí	No
Tylenol 325 mg.	Segun indicacion edad/ peso	Oral	Q 4 hr. pm	Dolor y Fiebre > 100F	Sí	No
Motrin 200 mg.	Segun indicacion edad/ peso	Oral	Q 6 hr. pm	Dolor y Fiebre > 100F	Sí	No
Mylanta 15 cc	Segun indicacion edad/ peso	Oral	Q 4 hr. no> 3/24 hr	Dolor GI	Sí	No
Tum Tablets	Segun indicacion edad/ peso	Oral	Q 4 hr, no> 3/24 hr	Dolor GI	Sí	No
Calamine Lotion	Area afectada	Topico	Q2-4 hr, prn	Rash	Sí	No
Aloe Gel	1 Paquete en area afectada	Topico	Q 2-4 hr, prn	Quemadura solar	Sí	No

Firma del Padre: _____ **Fecha** _____

Firma del Médico: _____ **# Licencia NYS** _____ **Fecha:** _____

Autorización para Inhaladores WRC y Epi-Pen/Avi-Q 2023

Wagon Road Camp, 431 Quaker Road, Chappaqua, NY 10514

Número: 914-238-4761 Fax 914-238-0714 Correo Electrónico: cayala@childrensaidnyc.org

Se puede permitir que los campistas lleven inhaladores para el asma y Epi Pens en el campamento, y se les puede permitir a los campistas autoadministrarse estos dos medicamentos solamente cuando este formulario de autorización sea completado **por el padre/tutor y el médico del campista.**

Nombre del Participante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Padre: _____ # Teléfono Principal: _____

Nombre del Médico: _____ # Teléfono Principal: _____

Inhaladores

Certifico que mi Hijo(a) ha recibido instrucciones sobre el procedimiento adecuado para auto administrarse los medicamentos para el asma que se enumeran a continuación:

Nombre del Medicamento Inhalador para el Asma: _____

Mi Hijo(a) es competente en la autoadministración de este medicamento y puede asumir la responsabilidad de administrar este medicamento en la dosis y frecuencia adecuada. Mi Hijo(a) tiene mi autorización para llevar este medicamento mientras está en el campamento. Además, declaro que el médico de mi Hijo(a) ha dado su consentimiento para que se auto administre el medicamento y lo lleve consigo mientras esté en el campamento..

Entiendo que, si mi Hijo(a) se auto administra este medicamento, mi Hijo(a) será llevado directamente a la enfermera del campamento para que lo monitoree.

Por favor marque la casilla correspondiente:

Mi Hijo(a) llevará el medicamento al y del campamento cada día y lo llevará consigo en el campamento durante el día.

El inhalador será almacenado en la enfermería; mi Hijo(a) lo recogerá cada día y lo devolverá antes de irse.

Entiendo que, si mi Hijo(a) está usando el medicamento de manera insegura o irresponsable o no lo mantiene fuera del alcance de otros campistas, me llamarán y se tomará una decisión para solucionar este uso indebido para proteger a mi Hijo(a) y a otros campistas

Entiendo que el Campamento Wagon Road no es responsable por la pérdida, robo o la descarga inadecuada del medicamento.

EpiPens/Auvi-Q

Certifico que mi Hijo(a) ha recibido instrucciones sobre el proceso de auto administrarse el medicamento para Inyectores Automáticos para Anafilaxia que se detalla a continuación:

Nombre de la medicación Auto inyector: _____

Mi Hijo(a) es competente en la auto administración de este medicamento y puede asumir la responsabilidad por la administración de este medicamento con la Anafilaxia es inminente. Mi Hijo(a) tiene mi autorización para llevar consigo este medicamento mientras está en el campamento. Además, declaro que el médico de mi Hijo(a) ha dado su consentimiento para que mi Hijo(a) se auto administre este medicamento mientras está en el campamento.

Entiendo que, si mi Hijo(a) se auto administra este medicamento, mi Hijo(a) será llevado directamente a la enfermera del campamento para que lo monitoree.

Por favor marque la casilla correspondiente:

Mi Hijo(a) llevará el medicamento al y desde el campamento cada día y lo llevará consigo en el campamento durante el día.

El medicamento será almacenado en la enfermería; mi Hijo(a) lo recogerá cada día y lo devolverá antes de irse.

Entiendo que si mi Hijo(a) está usando el medicamento de manera insegura e irresponsable o no lo mantiene fuera del alcance de otros campistas, me llamarán y se tomará una decisión para solucionar este uso indebido para proteger a mi Hijo(a) y a otros campistas.

Entiendo que el Campamento Wagon Road no es responsable por la pérdida, robo o descarga inadecuada del medicamento.

Firma del Padre: _____ Fecha: _____

Firma del Médico: _____ # Licencia NYS _____ Fecha: _____