



### ENMC PC/PA

|                         |  |                                       |                                                         |
|-------------------------|--|---------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Apellido                |  |                                       |                                                         |
| Nombre                  |  | Inicial 2do Nombre                    |                                                         |
| Dirección               |  |                                       |                                                         |
| Ciudad                  |  |                                       |                                                         |
| Estado                  |  | Código Postal                         |                                                         |
| Teléfono Casa           |  | Teléfono Trabajo                      |                                                         |
| Teléfono Celular        |  | Estado Civil                          |                                                         |
| Dirección electrónica   |  | ¿Gustaría recibir correo electrónico? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Fecha de Nacimiento     |  | Sexo                                  | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F   |
| Número de Seguro Social |  |                                       |                                                         |

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_

¿Cómo supo acerca de nosotros?  Doctor  Usted mismo  Páginas Amarillas  Grupo de Apoyo  
 Compañía de Seguros  Internet  Otro \_\_\_\_\_

Por favor, indique sus quejas específicas: \_\_\_\_\_

### MÉDICO QUE LE REFIERE

|           |  |               |  |
|-----------|--|---------------|--|
| Nombre    |  |               |  |
| Dirección |  | Ciudad        |  |
| Estado    |  | Código Postal |  |
|           |  | Teléfono      |  |

### MÉDICO GENERAL

|           |  |               |  |
|-----------|--|---------------|--|
| Nombre    |  |               |  |
| Dirección |  | Ciudad        |  |
| Estado    |  | Código Postal |  |
|           |  | Teléfono      |  |

### FIADOR

|                          |                                       |                    |                                                       |
|--------------------------|---------------------------------------|--------------------|-------------------------------------------------------|
| Apellido                 |                                       |                    |                                                       |
| Nombre                   |                                       | Inicial 2do Nombre |                                                       |
| Dirección                | Si es usted mismo(a) déjelo en blanco |                    |                                                       |
| Ciudad                   |                                       | Estado             |                                                       |
| Código Postal            |                                       | Teléfono           |                                                       |
| Fecha de Nacimiento      |                                       | Sexo               | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| Número del Seguro Social |                                       |                    |                                                       |
| Empleador del Fiador     |                                       |                    |                                                       |
| Dirección del Empleador  |                                       | City               |                                                       |
| Estado                   |                                       | Código Postal      |                                                       |
|                          |                                       | Teléfono           |                                                       |

Está su enfermedad relacionada a compensación laboral ó "no fault"? Si / No En caso positivo, por favor contacte a la recepcionista.

**SEGURO #1**

|                           |  |         |  |
|---------------------------|--|---------|--|
| Compañía de Seguros       |  |         |  |
| Beneficiario              |  |         |  |
| Relación con el Asegurado |  |         |  |
| Póliza #                  |  | Grupo # |  |

**SEGURO #2**

|                           |  |         |  |
|---------------------------|--|---------|--|
| Compañía de Seguros       |  |         |  |
| Beneficiario              |  |         |  |
| Relación con el Asegurado |  |         |  |
| Póliza #                  |  | Grupo # |  |

**HOJA PARA COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES O CASOS SIN CULPA****COMPENSACION de TRABAJADORES**

|                                                                                         |  |          |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|----------|--|
| Usted se lastimó en el trabajo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |  |          |  |
| Numero de caso:                                                                         |  |          |  |
| WBC#                                                                                    |  |          |  |
| Número de identificación de seguro:                                                     |  |          |  |
|                                                                                         |  |          |  |
| Fecha de la lesión:                                                                     |  |          |  |
| Nombre del empleador                                                                    |  |          |  |
| Compañía de seguros                                                                     |  |          |  |
| Dirección                                                                               |  |          |  |
|                                                                                         |  |          |  |
| Contacto                                                                                |  |          |  |
| Abogado                                                                                 |  |          |  |
| Dirección                                                                               |  | Teléfono |  |

**SIN CULPA**

|                                                                                              |  |          |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------|--|
| Estuvo en un accidente de automóvil? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |  |          |  |
| Autorización prevista?                                                                       |  |          |  |
| Numero de caso sin culpa:                                                                    |  |          |  |
| # de Archivo:                                                                                |  |          |  |
|                                                                                              |  |          |  |
| Fecha de la lesión:                                                                          |  |          |  |
| Titular de la póliza                                                                         |  |          |  |
| Compañía de seguros                                                                          |  |          |  |
| Dirección                                                                                    |  |          |  |
|                                                                                              |  |          |  |
| Contacto                                                                                     |  |          |  |
| Abogado                                                                                      |  |          |  |
| Dirección                                                                                    |  | Teléfono |  |

Autorizo a Epilepsy & Neurophysiology Medical Consulting P.C. y/o Epilepsy and Neurophysiology Medical Consultants, P.A. de proporcionar información sobre mi enfermedad y tratamiento a mi compañía de seguros. Yo autorizo el pago de las prestaciones médicas para el proveedor. Entiendo que soy responsable por cualquier parte de los cargos que no estén cubiertos por mi seguro médico.

Firma del Paciente .....

Fecha ..... / ..... / .....



## Northeast Regional Epilepsy Group

A nuestros pacientes:

Como ustedes saben, existen reglas obligatorias muy estrictas del gobierno respecto a la información de salud de los pacientes, confidencialidad y revelación de información. En nuestros esfuerzos continuos para mejorar el cuidado de salud del paciente y las comunicaciones, nuestra práctica puede ofrecerle formas adicionales de recibir información, con su autorización firmada, en relación a su cuidado y tratamiento. Además, una copia de nuestra "Política de Privacidad" se haya expuesta en nuestra sala de espera y es dada a todos nuestros pacientes.

Si hay otras personas (familiares/amigos/profesionales de salud) con los cuales nosotros podamos discutir o a quienes podamos revelar la información, por favor lístelos aquí:

Ninguno

Nombre:

Relación:

1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_

Entiendo que puedo revocar o cambiar esta autorización por escrito en cualquier momento.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_



**ACUSE DE RECIBO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:**

Luego de revisar el siguiente documento, por favor firme el FRENTE Y EL REVERSO de ESTA forma y retorne SÓLO ESTA PÁGINA al (a la) recepcionista.

Yo, \_\_\_\_\_, aquí reconozco que he recibido y revisado el “Aviso sobre Prácticas de Privacidad de la Información de Salud” la cual describe los usos y revelaciones que pueden hacerse acerca de mi información personal de salud para tratamiento, pago y operaciones rutinarias del cuidado de la salud.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Escriba el nombre del firmante

\_\_\_\_\_  
Si usted es un representante, especifique la relación

**\*\*\* Por favor llene el FRENTE Y EL REVERSO de esta página\*\*\* Gracias**



## **Aviso sobre Prácticas de Privacidad de la Información de Salud**

ESTE AVISO DESCRIBE COMO LA INFORMACIÓN ACERCA DE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA DENTRO DE LA ORGANIZACIÓN Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LÉA ATENTAMENTE.

Northeast Regional Epilepsy Group está obligado legalmente a mantener la privacidad de su Información Personal de Salud (IPS; Personal Health Information en inglés, PHI) y suministrarle este aviso sobre nuestras prácticas de privacidad.

### **USOS Y REVELACIÓN:**

#### **Tratamiento:**

Podemos utilizar su información para suministrar o coordinar su cuidado de salud. Podemos revelar toda o alguna porción de su información de salud a cualquiera de nuestros Médicos, Enfermeras Registradas, Tecnólogos, otros consultores o médicos derivantes (referentes), farmacéutas y cualesquiera otros empleados que tienen una necesidad legítima de tal información para suministrar o coordinar su cuidado médico.

#### **Pago:**

Podemos revelar su información para determinar la cobertura por parte de una compañía de seguros de nuestros servicios, y para procesar cobros y reclamos. La información puede ser revelada a cualquiera otra organización involucrada en el pago de su factura. Esta información puede incluir copias o extractos de su IPS que es necesaria para recibir el pago.

#### **Operaciones Rutinarias:**

Podemos utilizar y revelar su información durante operaciones rutinarias de la práctica. Un ejemplo de una operación rutinaria sería contactarle y recordarle su cita o revelar la información a transcritores, abogados o consultores que trabajen para la práctica. Estas entidades se llaman "Asociados de Negocios". Le pedimos a nuestros Asociados de Negocios que traten su información en la misma manera que nosotros lo hacemos.

#### **Agencias Reguladoras:**

Podemos revelar su información a agencias estatales, locales o federales autorizadas por la ley para conducir investigaciones, auditorías, o investigaciones de la práctica.

#### **Enforcement de la Ley/Litigios:**

Podemos revelar su información para cualquier propósito válido de enforcement de la ley o en respuesta a órdenes de la corte o citación (subpoena).

#### **Salud Pública:**

Podemos revelar su información a las autoridades de salud pública tal cual lo autoriza la ley y que esté relacionado a la prevención o control de ciertas enfermedades.

#### **Compensación al Trabajador:**

Podemos revelar su información a las agencias de Compensación al Trabajador en el caso de que su enfermedad o lesión estén relacionadas a su trabajo.

#### **Militares/Veteranos:**

Si usted es un miembro de las fuerzas armadas o un(a) veterano(a) de guerra, podemos revelar su información tal cual lo requieran las autoridades de comando militar.

#### **Como se Requiera de Otra forma:**

Podemos revelar su información en cualquier situación en la cual tal revelación sea requerida por la ley (por ejemplo: abuso infantil o doméstico).

#### **Usos Prohibidos:**

No revelaremos su información a personas fuera de la práctica para propósitos diferentes al tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud sin su autorización por escrito. Si usted nos suministra tal información, usted la puede revocar por escrito en cualquier momento en el futuro y nosotros honraremos ese pedido.

## **SUS DERECHOS EN MATERIA DE SU INFORMACIÓN PERSONAL DE SALUD:**

A pesar de que todos los registros con respecto a su tratamiento médico aquí son propiedad de nuestra oficina, usted tiene ciertos derechos respecto a esta información de la siguiente manera:

### **Derecho a la Confidencialidad:**

Por lo general, tienen el derecho de inspeccionar y recibir una copia de su información de salud de nosotros, a menos que sea restringido por la ley o por médico. Usted tendrá que pagar por las copias de los registros que ofrecemos.

### **Derecho a Corregir:**

Usted tiene el derecho de solicitar una modificación o corrección de su información médica. Si estamos de acuerdo en que la información es adecuada, vamos a incluir esa información en su expediente médico.

### **Derecho a la Contabilidad:**

Usted tiene el derecho a obtener un registro de las divulgaciones que hacemos acerca de su información médica que no sea para tratamiento, pago u operaciones de rutina de esta práctica.

### **Derecho a solicitar restricciones:**

Cambios a este aviso:

Vamos a cumplir con los términos de este aviso actualmente en vigor. Sin embargo, nos reservamos el derecho a modificar los términos de este aviso en cualquier momento. Cualquier disposición nueva será efectiva desde el momento en que los cambios son efectivos dentro de nuestra oficina.

### **Fecha de vigencia de este aviso: 01 de junio 2003**

Usted tiene el derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones acerca de su información de salud. Vamos a cumplir con estas peticiones a la medida que sea posible.

### **Derecho a Revocar la Autorización:**

Usted tiene el derecho de revocar su autorización previa salvo a la información médica previamente divulgado en relación con su autorización original.

### **Derecho a Quejarse:**

Usted tiene el derecho a presentar una queja formal acerca de nuestro manejo de su información de salud. Usted puede comunicarse con el Dr. Lancman al número que aparece a continuación. (Si usted se queja, no tomaremos represalias contra usted de ninguna manera)

Para obtener más información sobre esta política de privacidad por favor contacte Regional del Noreste Epilepsia Grp en (914) 428-9213 o (201) 343-6676.



ENMC PC / PA  
CT Grupo de Epilepsia

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Por la presente asigno todos los beneficios médicos y / o quirúrgicos, para incluir beneficios médicos a los que tengo derecho incluyendo Medicare, seguro privado, y otros planes de salud a ENMC PC / PA, CT Grupo de Epilepsia, Y SUS MÉDICOS. Esta asignación se mantendrá en efecto hasta que sea revocada por mí por escrito. Una fotocopia de esta asignación debe ser considerada tan válida como el original. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos sean o no pagados por dicho seguro. Por la presente autorizo dicho cesionario para liberar toda la información necesaria para asegurar el pago.

FIRMA (PACIENTE O TUTOR LEGAL) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

POLÍTICA FINANCIERA

Yo reconozco que soy consciente y acepto la responsabilidad financiera de las cuentas de auto-pago, y que he leído, entiendo y estoy de acuerdo con las prácticas de cancelación y no show de políticas.

FIRMA (PACIENTE O TUTOR LEGAL) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Por la presente autorizo ENMC PC / PA, CT Grupo de Epilepsia, Y SUS MÉDICOS a proporcionar toda la información necesaria que puede haber con respecto a mi condición bajo su observación o tratamiento, incluyendo la historia obtenida, rayos X, laboratorio y hallazgos físicos, el diagnóstico y el pronóstico a mi compañía de seguros (es) y / o médicos.

FIRMA (PACIENTE O TUTOR LEGAL) \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_

RECURSO MÉDICO

Autorizo a ENMC PC / PA, CT Grupo de Epilepsia, Y SUS MÉDICOS seguir una apelación por escrito a mi compañía de seguros en mi nombre.

FIRMA (PACIENTE O TUTOR LEGAL) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

RENUNCIA DE ELEGIBILIDAD

Entiendo que mi elegibilidad para la cobertura por (nombre de la compañía de seguros) no se puede confirmar en este momento. Deseo recibir servicio médico de (nombre del médico). Si se determina que no soy elegible para la cobertura, entiendo que seré responsable del pago de todos los servicios prestados.

FIRMA (PACIENTE O TUTOR LEGAL) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

RENUNCIA DE REFERENCIA

No he traído una referencia para los servicios médicos voy a recibir hoy. Si mi médico de atención primaria no proporciona una referencia dentro de dos días, yo entiendo que soy responsable de pagar por los servicios que estoy solicitando.

FIRMA (PACIENTE O TUTOR LEGAL) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_





# **NEREG Poliza Financiera para Pacientes**

## **Faltar o Cancelar la Cita**

Si, por cualquier motivo, usted no puede asistir a su cita, requerimos que llame a nuestra oficina 24 horas antes de la cita. Si no cancela la cita o el procedimiento con 24 horas de anticipación, se le cobrará un “cobro de falta.”

## **Evaluación Neuropsicológica**

Se requiere que deje un depósito de \$250.00 por adelantado para reservar su cita. Si usted no cancela su cita de neuropsicología con 24 horas de anticipación, perderá su depósito.

## **Cuenta de Auto-Pago**

Pacientes con una cuenta de auto-pago son los que no tienen cobertura a través de un seguro médico o que no tienen beneficios fuera de la red de su seguro. Pacientes con una cuenta de auto-pago deben pagar por el servicio el día mismo del servicio. Una lista de precios está a su disposición su usted pide verla.

## **Cobro de Falta**

Cita de consultorio: \$50

EEG & EMG: \$100

VEEG Ambulatorio: \$250

Evaluación Neuropsicológica: \$250

**\*Pacientes no podrán hacer citas adicionales ni podrán recibir servicios adicionales hasta que hayan pagado su cobro de falta.**



## INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA LOS PACIENTES MAYORES DE 16 AÑOS DE EDAD

Una de las discusiones más incómodas que los médicos y las enfermeras tienen con los pacientes con epilepsia involucra la restricción de la licencia para conducir, ya que esta puede parecer esencial para su independencia. Aunque la mayoría de las leyes estatales sobre el acto de manejar y la epilepsia son actualmente menos restrictivas de lo que eran hace muchos años, estas leyes fueron escritas para disminuir la posibilidad de daño a sí mismo o a otros como resultado de tener un ataque durante la conducción.

Por lo tanto, cada estado regula la elegibilidad de licencia de conducir para las personas con epilepsia. Como titular de licencia de conducir, es su responsabilidad conocer las reglamentaciones de su estado. El requisito más común es que usted debe estar libres de crisis durante un cierto período de tiempo antes de que se le permita conducir.

Aunque los médicos pueden ofrecer una opinión sobre su capacidad para conducir con seguridad, el departamento de vehículos es quien toma la decisión final. En algunos estados, el médico puede ofrecer tal opinión si sus convulsiones no interfieren con la conciencia o el control de movimiento. Es posible que pueda seguir conduciendo si sus convulsiones ocurren sólo en ciertos momentos, especialmente durante el sueño o si siempre tienen un aura que le advierta de quitarse de la carretera antes de que un ataque comience.

Si usted todavía tiene convulsiones, no se lo esconda a su médico para mantener su licencia de conducir. No comunicar información correcta acerca de sus ataques le imposibilita a su médico tratar su epilepsia efectivamente. Su médico tal vez pueda evitar o disminuir la frecuencia de sus ataques al simplemente hacer pequeñas alteraciones a la dosis de sus medicamentos. El tratamiento inadecuado de su epilepsia puede llevar a que usted tenga más ataques y el resultado puede ser que usted o otra persona resulten heridos. Si sus convulsiones están adecuadamente controladas, use el privilegio de conducir como una razón más para cuidarse a sí mismo efectivamente. Si siempre toma sus medicamentos anticonvulsivos como se los recetaron, duerme lo suficiente, limita su consumo de alcohol, y visita regularmente a su médico, será más probable que usted pueda seguir conduciendo con seguridad y legalmente.

A continuación se muestra una breve descripción de las leyes acerca de la conducción en nuestras áreas de práctica:

### NUEVA JERSEY:

- Usted debe estar libre de crisis durante seis meses.
- Las excepciones pueden ser concedidas por el Comité de Trastornos Neurólogos.
- Actualizaciones médicas periódicas se requieren cada seis meses durante los primeros dos años, después, anualmente.
- Su médico debe informar crisis convulsivas recurrentes, períodos recurrentes de pérdida del conocimiento, o impedimento o pérdida de coordinación motórica debido a la epilepsia, cuando esta condición persiste o se repite a pesar del tratamiento médico.

- Apelación de la negación de licencia del DMV debe ser presentada dentro de 30 días.
- Las personas con historia médica establecida o diagnóstico de epilepsia o cualquier otra condición que pueda causar una pérdida de conciencia o pérdida de la capacidad de controlar un vehículo comercial están prohibida de tener licencia para conducir vehículos comerciales. Presentación de una aplicación de CDL falsa es un delito federal.
- Comisión de Vehículos de Motor de NJ: 609-292-6500
- Unidad de Revisión Medica de NJ: 888-486-3339

### NUEVA YORK:

- Usted debe estar libre de crisis durante un año.
- Las personas pierden el derecho de conducir vehículos comerciales, si tienen un historial médico de epilepsia, tienen un diagnóstico clínico actual de epilepsia o están tomando medicamentos anticonvulsivos.
- Los médicos no están obligados a reportar casos de epilepsia.
- Excepciones pueden ser concedidas por la Junta Médica del DMV.
- Actualizaciones periódicas médicas se requieren después de concesión de licencias, si es que esto se determina necesario por el DMV.
- Estado de Nueva York Departamento de Transporte Concesión de Licencias Comerciales: 518-457-1010 o 1016.
- Unidad de Revisión Médica: 518-474-0774

### PENNSYLVANIA:

- Usted debe estar libre de crisis durante seis meses.
- Los médicos están obligados a reportar casos de epilepsia.
- Su médico deberá completar un informe médico que indica que sus ataques están controlados y enviar este informe al Departamento de Transporte de Pensylvania.
- El departamento puede eximir el requisito de estar libre de convulsiones a petición del médico de la persona en las siguientes situaciones:
  - Usted tiene un patrón estrictamente nocturno de convulsiones o un patrón de convulsiones que ocurren inmediatamente después de despertar que se ha establecido por lo menos 2 años inmediatamente anterior a su solicitud.
  - Experimenta un aura específica prolongada, acompañada de una advertencia suficiente y este patrón se ha establecido en un período de al menos 2 años inmediatamente anterior a la aplicación o suspensión.
  - Sus ataques habían sido controlados y los ataques posteriores se produjeron como resultado de un cambio prescrito o la discontinuación de medicamentos bajo la supervisión de un médico.
  - Sus ataques habían sido controlados durante 6 meses o más y el posterior ataque se produjo durante o concurrente con una enfermedad transitoria, la ingestión de tóxicos, desequilibrio metabólico o trauma no recurrente.
  - Comisión de Vehículos de Motor: 800-932-4600
  - Unidad de Revisión Médica: 717-787-9662

### CONNECTICUT

- No existe un plazo fijado en el cual usted debe estar libre de convulsiones.
- Los médicos no están obligados a informar casos de epilepsia.

- Actualizaciones médicas periódicas se requiere después de concesión de licencias si se determina por el DMV.
- La apelación de la denegación de licencia debe ser presentada al DMV dentro de 30 días.
- Comisión de Vehículos de Motor: 800-842-8222 o 800-263-5700
- Unidad de Revisión Médica: 860-263-5223

He leído la información presentada y todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción.

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha



## Factores culturales / del lenguaje / visuales / o auditivos que afectan su cuidado medico

Necesidades culturales y lingüísticas se definen como la identificación de barreras del lenguaje, visuales o déficits auditivos, así como las costumbres culturales y religiosas que puedan impedir que el proveedor(a) le proporcione cuidados médicos al paciente.

Le pedimos que por favor use el espacio de abajo a la lista para enumerar cualquiera de los factores que pueden ser clasificados como tales: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Al firmar abajo reconozco que he revelado cualquier factor que pueda afectar mi atención médica.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente / Tutor



# **NEREG / ENMCPA**

**Seguros que participan con nuestra practica efectivo 8/1/2018**

**AETNA**  
**AETNA BETTER HEALTH**  
**AMERICHoice OF NJ**  
**AMERIGROUP OF NJ**  
**AMERIHEALTH OF NJ**  
**CLOVER**  
**GHI PPO**  
**HORIZON NJ HEALTH**  
**HORIZON BC/BS OF NJ**  
**MEDICARE**  
**MEDICAID**  
**MAGNACARE**  
**MULITPLAN** (solo si el paciente tiene beneficios fuera de la red)  
**OXFORD**  
**OSCAR NJ**  
**RAILROAD MEDICARE**  
**QUALCARE**  
**TRICARE**  
**US FAMILY HEALTH**  
**UNITED HEALTHCARE**  
**WELLCARE OF NJ**

**Su firma es el reconocimiento de la divulgación de los planes de salud con los que nuestra práctica participa. Si su plan no está in esta lista, será económicamente responsable de pagar sus facturas fuera de la red.**

**NOMBRE DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_ **FIRMA:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_