



ESTADO DE RHODE ISLAND AND PROVIDENCE PLANTATIONS
DEPARTAMENTO DE SALUD CONDUCTUAL, DISCAPACIDAD DEL DESARROLLO Y HOSPITALES
DIVISIÓN DE DISCAPACIDAD DEL DESARROLLO
6 HARRINGTON ROAD – SIMPSON HALL, CRANSTON, RI, 02920
(401) 462-3421

INTRODUCCIÓN A LA SOLICITUD DE LOS SERVICIOS

Al completar esta solicitud, solicita los servicios de la División de Discapacidad del Desarrollo. La participación es voluntaria y puede retirar esta solicitud en cualquier momento.

Consulte la lista de verificación de la página 2 para ver el listado de los documentos requeridos. **Sin estos documentos y la solicitud firmada, se considerará que su solicitud no está completa y no podremos comenzar con el proceso de revisión de la solicitud.** Tenga en cuenta que el solicitante o su tutor legal deben firmar TODOS los formularios. Si el solicitante no puede hacerlo, deberá realizar una marca en la línea de firma con un familiar o amigo presente que actúe de testigo.

CRITERIOS PARA RECIBIR LOS SERVICIOS FINANCIADOS POR EL BHDDH

Existen 2 criterios que debe cumplir para recibir los servicios financiados por el BHDDH (Departamento de Salud Conductual, Discapacidad del Desarrollo y Hospitales). Son los siguientes:

1. Reunir los requisitos para recibir los servicios del BHDDH al tener una discapacidad intelectual desde el nacimiento o que se haya presentado antes de los 22 años de edad u otro tipo de discapacidad del desarrollo que provoca que necesite servicios similares a los que necesitan las personas con una discapacidad intelectual. Consulte la sección *Criterios de elegibilidad* a continuación para obtener más detalles.
2. Reunir los requisitos establecidos por el Departamento de Servicios Humanos para recibir los servicios de Medicaid.

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

Para reunir los requisitos para recibir la ayuda financiada por la División de Discapacidad del Desarrollo, las personas deben tener una discapacidad del desarrollo, de acuerdo con la siguiente definición, que se establece en las leyes del estado de Rhode Island:

El término “discapacidad del desarrollo” hace referencia a la discapacidad crónica grave de una persona y tiene las siguientes características:

- *se puede atribuir a una incapacidad mental o física, o a una combinación de ambas;*
- *se manifiesta antes de que la persona haya cumplido los veintidós (22) años;*
- *es probable que se extienda de manera indefinida;*
- *provoca limitaciones a nivel funcional significativas en 3 o más de las siguientes áreas principales de actividad de la vida diaria:*

- | | |
|----------------------------|--|
| 1. <i>cuidado personal</i> | 5. <i>independencia</i> |
| 2. <i>comunicación</i> | 6. <i>capacidad para llevar una vida independiente</i> |
| 3. <i>movilidad</i> | 7. <i>autosuficiencia económica</i> |
| 4. <i>aprendizaje</i> | |

- *refleja la necesidad de la persona de recibir una combinación y secuencia de cuidados o tratamientos especiales, interdisciplinarios o genéricos, o bien otros servicios durante toda la vida o por un período prolongado, y que se planifican y coordinan de manera individual.*

ENVÍO

Envíe por correo las solicitudes **completas** y todos los documentos adicionales a la dirección:

BHDDH-DDD
Simpson Hall, Eligibility Unit
6 Harrington Rd
Cranston, RI 02920

Conserve una copia de todos los documentos para sus registros. La División de Discapacidad del Desarrollo (DDD) le enviará una confirmación cuando reciba la solicitud COMPLETA. Si la solicitud no está completa, recibirá una carta con un listado de los documentos que faltan y el tiempo que tiene para presentarlos.

DETERMINACIÓN DE LA ELEGIBILIDAD

Los paquetes de solicitud completos con **todos** los documentos solicitados (**consulte la Lista de verificación de la página 2**) se procesarán en el lapso de 30 días. Una vez que el Comité de Elegibilidad haya realizado la determinación, se enviará al solicitante una notificación de determinación. Si el solicitante tiene un tutor legal, este también será notificado y, cuando sea adecuado, recibirá una notificación la agencia, el defensor o el profesional que derivó al solicitante.

Si el solicitante cumple con los requisitos, la carta describirá los pasos siguientes. De lo contrario, la notificación incluirá los motivos por los que se determinó que la persona no cumple con los requisitos y una explicación de los derechos de apelación del solicitante. Si no se puede realizar la determinación, se concertará una entrevista en persona.

PREGUNTAS

Si tiene dudas acerca de cómo completar el formulario, llame a la DDD al número **401-462-3421** y solicite hablar con el trabajador social que se encarga de la elegibilidad.

<p>Tenga en cuenta que el DDD no puede comenzar el proceso de determinación de elegibilidad si falta información o esta no está completa.</p>
--

**LISTA DE VERIFICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS
QUE SE DEBEN PRESENTAR CON ESTA SOLICITUD**

No olvide firmar el formulario de solicitud. Solo se procesarán las solicitudes que hayan sido firmadas.

Complete la Lista A, B o C; marque con una tilde los documentos que se incluyen.

A	<p><u>Todos los solicitantes deben presentar TODOS los siguientes documentos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Copia del Certificado de nacimiento del solicitante <input type="checkbox"/> Copia de la tarjeta de seguro social del solicitante <input type="checkbox"/> Copia de la tarjeta de Medicare o Medicaid <input type="checkbox"/> Prueba de residencia en Rhode Island <p><i>Los documentos aceptables deben ser actuales y mostrar el nombre y el domicilio (no un apartado de correos). Entre estos se incluyen la tarjeta de inscripción de votante, una factura de servicios públicos, resumen de cuenta bancaria, recibo de sueldo, registros de impuestos, contrato de alquiler o registros académicos que contengan el domicilio del estudiante (puede ser un boletín de calificaciones, diploma, expediente académico o tarjeta de identificación) junto con una licencia o identificación de la madre o el padre que contenga el mismo domicilio.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Si corresponde, una copia del documento de designación de un tutor emitido por el tribunal en materia testamentaria o del poder notarial.
B	<p><u>Los solicitantes con una discapacidad intelectual deben, además, presentar los siguientes documentos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Esta solicitud con las secciones 1 a 6 completas. <input type="checkbox"/> Diagnóstico oficial de síndrome de Down, síndrome del X frágil, o una incapacidad intelectual, realizado por un médico, un psicólogo, o un médico autorizado (<i>envíe todos los diagnósticos</i>). <input type="checkbox"/> Evaluaciones cognitivas o de inteligencia: estas, tales como Wechsler o Stanford-Binet, evalúan las habilidades cognitivas o intelectuales del solicitante y generan puntajes de coeficiente intelectual (<i>envíe las pruebas que se realizaron en los últimos 5 años</i>).
C	<p><u>Los solicitantes con una discapacidad del desarrollo que no sea intelectual deben presentar todos los siguientes documentos que sean relevantes con respecto al solicitante: tenga en cuenta que los solicitantes que NO tengan un diagnóstico de discapacidad intelectual pueden NO reunir los requisitos para recibir estos servicios. La elegibilidad de estos solicitantes se basa en la medida en que la discapacidad de la persona tiene un impacto negativo relevante en sus capacidades funcionales. Con frecuencia, se encuentran disponibles diversas evaluaciones y diagnósticos. Envíe todos los registros disponibles para ayudarnos a determinar con precisión si es elegible.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Esta solicitud con las secciones 1 a 7 completas. En la sección 7, brindará información funcional. <input type="checkbox"/> Documentos con el diagnóstico oficial realizado por un médico, un psicólogo, o un médico autorizado (<i>envíe todos los documentos de diagnóstico disponibles</i>). <input type="checkbox"/> Evaluaciones cognitivas o de inteligencia: estas, tales como Wechsler o Stanford-Binet, evalúan las habilidades cognitivas o intelectuales del solicitante y generan puntajes de coeficiente intelectual (<i>envíe las pruebas que se realizaron en los últimos 5 años</i>). <input type="checkbox"/> Registros de inclinaciones vocacionales de la escuela, La Oficina de Servicios de Rehabilitación u otra agencia. <input type="checkbox"/> Historia clínica y los registros del examen físico más reciente en los que se documente la discapacidad médica, si corresponde. <input type="checkbox"/> Antecedentes psiquiátricos, incluidos los registros de internaciones, si corresponde. <input type="checkbox"/> Todo registro adicional de otra agencia en que se documente las habilidades y limitaciones tales como los informes CEDARR, PASS y HBTS. <input type="checkbox"/> Pruebas de diagnóstico de autismo (si corresponde): estas evaluaciones, tales como la Escala Gilliam para evaluar el autismo (GARS), la Escala para evaluar el autismo en niños (CARS) y la Escala de observación para el diagnóstico de autismo (ADOS), entre otras, indican un diagnóstico de Trastorno del espectro autista.



ESTADO DE RHODE ISLAND AND PROVIDENCE PLANTATIONS DEPARTAMENTO
DE SALUD CONDUCTUAL, DISCAPACIDAD DEL DESARROLLO Y HOSPITALES
DIVISIÓN DE DISCAPACIDAD DEL DESARROLLO

Solo para uso interno

SOLICITUD DE SERVICIOS

SECCIÓN 1. INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre del solicitante: _____ Sexo: M F
Número de seguro social: _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección del domicilio: ***Dirección postal (si es distinta del domicilio):***
Calle: _____ Calle o apartado postal: _____
Depto.: _____ Depto.: _____
Ciudad, código postal: _____ Ciudad, código postal: _____
Teléfono: _____ Dirección de correo electrónico: _____
Situación de vivienda: Vive solo(a) Con familiares Hogar o residencia de guarda Otro
Nombre y fecha de nacimiento del padre, la madre o el cuidador: _____
Nombre y fecha de nacimiento del padre, la madre o el cuidador: _____
Origen étnico o racial: Blanco (no hispanico) Negro (no hispanico) Hispánico
 Asiático o de las islas del Pacífico Amerindio o nativo de Alaska Otro
Estado civil: Nunca se ha casado Casado(a) Divorciado(a) Separado(a) Viudo(a)

Modo de comunicación preferido

Prefiero recibir información por Correo postal Correo electrónico
¿En qué idioma desea que le hablemos? _____
¿En qué idioma desea que le escribamos? _____
¿Necesita un intérprete? (Incluido de idioma de señas) _____
Otras necesidades de comunicación: _____

Seguro médico

¿Tiene Medicaid? Sí No ¿Tiene Medicare? Sí No
Si la respuesta fue Sí, n.º de Medicaid _____ Si la respuesta fue Sí, n.º de Medicare _____
Otro seguro de salud: _____
Nombre del médico de cabecera o del proveedor de atención médica: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____

Fuente de ingresos

¿Recibe alguno de los siguientes?

SSI: Sí No Monto mensual \$ _____
SSDI: Sí No Monto mensual \$ _____
RSDI: Sí No Monto mensual \$ _____
Otra fuente de ingresos: _____ Monto mensual \$ _____

Información escolar

<input type="checkbox"/> Actualmente asiste a la escuela o a un programa de transición	Fecha proyectada de finalización de los servicios __/__/____
<input type="checkbox"/> Graduado con diploma firmado	Fecha de finalización de los servicios financiados por la escuela: __/__/____
<input type="checkbox"/> Recibió un certificado de finalización de estudios	Fecha de finalización de los servicios financiados por la escuela: __/__/____

Programa escolar o de transición: _____
Nombre de la persona de contacto de la escuela: _____ Teléfono: _____

Otros servicios

¿Recibe actualmente servicios de parte de alguno de los siguientes?

DCYF Sí No

ORS Sí No

¿Ha recibido o ha solicitado recibir servicios de un programa de otro estado destinado a personas discapacitadas? Sí No

Si la respuesta es Sí, enumere los estados: _____

SECCIÓN 2. DISCAPACIDADES DEL SOLICITANTE

Tenga en cuenta que la discapacidad se debe haber presentado antes de que el solicitante haya cumplido los 22 años.

Edad al momento de inicio de la discapacidad: _____

¿Tiene una discapacidad intelectual que ha sido determinada mediante una evaluación realizada por un psicólogo licenciado u otro profesional licenciado? Sí No

Si la respuesta es Sí, haga lo siguiente:

1- Enumere todos los diagnósticos:

2- Consulte los documentos que debe presentar que figuran en las **listas A y B** de la Lista de verificación de la página 3.

3- **No es necesario** que complete la Sección 7.

Si la respuesta es No, haga lo siguiente:

1- Enumere todos los diagnósticos:

2- Consulte los documentos que debe presentar que figuran en las **listas A y C** de la Lista de verificación de la página 3.

3- **Debe** completar la Sección 7.

SECCIÓN 3. SERVICIOS SOLICITADOS MEDIANTE LA DIVISIÓN DE DISCAPACIDAD DEL DESARROLLO

Describe los tipos de servicios y asistencias que, a su parecer, necesita (un servicio puede ser un instructor laboral y una ayuda sería “ayuda para conseguir trabajo”). Por ejemplo: ¿Necesita ayuda para conseguir trabajo? ¿Necesita de la ayuda de alguien para vestirse? ¿Necesita asistencia familiar? ¿Necesita un lugar para vivir?

_____ -
_____ -
_____ -
_____ -
_____ -
_____ -

- Gestión de casos:** servicios prestados por un trabajador social a través de la división para brindar asistencia para acceder a recursos de apoyo.
- Apoyo laboral:** ayuda para conseguir un trabajo y conservarlo.
- Apoyo durante el día:** medidas de apoyo para ayudar a la persona a desempeñarse como voluntario o en actividades recreativas y sociales.
- Apoyo comunitario:** apoyo y asistencia directos para que el participante realice actividades recreativas y sociales, o para relevar al cuidador dentro o fuera de la residencia del participante.
- Modificaciones en la vivienda:** cambios efectuados en el hogar para mejorar la capacidad de la persona para ser independiente.
- Tecnología de asistencia:** dispositivos para ayudar a la persona a cuidarse a sí misma, comunicarse y desplazarse.

SECCIÓN 4. TUTOR DESIGNADO POR UN TRIBUNAL

¿Tiene un tutor designado por un tribunal? Sí No

Si la respuesta es Sí:

- Proporcione la información que se solicita a continuación**
- Adjunte una copia del documento de designación de un tutor emitido por el tribunal en materia testamentaria**

Nombre del tutor: _____

Parentesco: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

SECCIÓN 5. DIVULGACIÓN

DIVULGACIÓN CONFORME A LA LEY DE TRANSFERENCIA Y RESPONSABILIDAD DE SEGURO MÉDICO (HIPAA)

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** __/__/__

Divulgación de información

Autorizo la divulgación de la información de carácter educativo, médico, psicológico, vocacional, entre otros, además de registros adicionales que ayudarán a la División de Discapacidad del Desarrollo en el proceso de determinación de la elegibilidad. Esta información puede divulgarse al Departamento de Salud Conductual, Discapacidad del Desarrollo y Hospitales, División de Discapacidad del Desarrollo de Rhode Island.

Esta **autorización de divulgación de información** permanecerá vigente por 1 año a partir de la fecha de la firma, a menos que yo la revoque antes de ese plazo.

Mensajes

Llame a este lugar:

- mi casa
- mi trabajo
- mi celular: _____

Si no puede contactarme:

- Deje un mensaje con los detalles
- Deje un mensaje para que lo llame
- _____

El mejor momento para contactarme es el (día) _____ entre las (horas) _____ y _____

Firma: _____ Fecha: __/__/__

Testigo: _____ Fecha: __/__/__

Notificación de la decisión de elegibilidad

Si desea que se le envíe una copia de la notificación de la decisión de elegibilidad del BHDDH a alguien además de usted, debe proporcionar el nombre y la dirección de esa persona a continuación. Esto servirá de autorización escrita para permitir al BHDDH que divulgue la información y envíe una notificación a alguna persona distinta del solicitante o el tutor legal.

Nombre	Parentesco con el solicitante (<i>p. ej., tutor, representante</i>)		
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

SECCIÓN 6. PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD

¿Necesitó que alguien lo ayudara a completar este formulario? Sí No

Si la respuesta es Sí, ¿quién lo ayudó?

Nombre: _____

Parentesco: _____ Teléfono: _____

Autorizo al BHDDH a hablar sobre mi solicitud y registros con la persona mencionada arriba a fin de completar el procedimiento de determinación de elegibilidad.

Envíe esta solicitud y las copias de los documentos solicitados al BHDDH por correo a la siguiente dirección:

**BHDDH-DDD
Simpson Hall, Eligibility Unit
6 Harrington Rd
Cranston, RI 02920**

Recibirá un correo electrónico o una carta a modo de confirmación de que hemos recibido esta solicitud.

Se incluyen todos los registros disponibles Fecha en la que se ha completado el formulario: _____

Firma	
Al firmar debajo, declaro que la información que se incluye en esta solicitud es verdadera y correcta, ya sea que la haya proporcionado yo o mi representante.	
Firma	Fecha
Nombre en letra de imprenta	
Parentesco	
<input type="checkbox"/> Solicitante (adulto)	
<input type="checkbox"/> Tutor legal del adulto designado por un tribunal	
<input type="checkbox"/> Padre o tutor legal que tiene la custodia del menor	

SECCIÓN 7. INFORMACIÓN FUNCIONAL

Deberán completar esta sección únicamente los solicitantes que tengan un diagnóstico de discapacidad del desarrollo que no sea una discapacidad intelectual.

Si el solicitante tiene más de 21 años, complete la siguiente sección de acuerdo con las habilidades a los 21 años.

Tenga en cuenta las siguientes definiciones:

NINGUNA: no necesita asistencia, puede realizar la actividad de manera independiente.

INSTRUCCIONES: recordatorios orales para iniciar una actividad o para realizarla en su totalidad.

DIRECTA: asistencia física o necesidad de la presencia constante de otra persona.

I. APRENDIZAJE

¿Tenía un Programa de Educación Individual (IEP) en la escuela?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Puede leer el periódico?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Qué libros y revistas lee?		
¿Puede leer la hora?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es Sí, ¿puede hacerlo en un reloj analógico (el que tiene agujas) o digital (tiene solo números, p. ej. 3:47 p. m.)?	<input type="checkbox"/> Analógico	<input type="checkbox"/> Digital

II. CUIDADO PERSONAL

Vestirse, comer, asearse, higiene

¿Necesita ayuda para realizar las siguientes actividades?			
Actividad	Ninguna	Instrucciones	Directa
Bañarse			
Lavarse los dientes			
Lavarse el cabello			
Ir al baño			
Vestirse			
Explique las áreas en las que necesita instrucciones o asistencia directa:			

III. LENGUAJE EXPRESIVO Y RECEPTIVO

Hablar con los demás, comprender lo que ellos le dicen

¿Necesita asistencia especial que lo ayude a comunicarse con las personas que no lo conocen bien? (Por ejemplo, idioma de señas, dispositivos de comunicación, imágenes, o una persona que lo conoce y “reformula” lo que usted quiso decir). Si la respuesta es Sí, describa:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
--	-----------------------------	-----------------------------

¿Comprende a los demás cuando le hablan?

Sí No

IV. MOVILIDAD

Caminar, desplazarse, habilidades motrices

¿Necesita algún dispositivo especial que lo ayude a desplazarse?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Puede subir y bajar las escaleras sin ayuda?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Puede prenderse los botones de la ropa?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Puede subir los cierres de la ropa?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Puede usar un lápiz o una lapicera?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

V. AUTONOMÍA

Tomar sus propias decisiones

¿Tiene un representante del beneficiario para los cheques de SSI o SSDI?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Qué facturas paga por sí mismo?		
¿Qué medio usa para pagarlas? (Cheque, tarjeta de crédito, paga en el sitio)		
¿Quién lo ayuda con sus metas y a tomar decisiones importantes (mudanza, nuevo trabajo, etc.)?		
¿Alguien lo ayuda con la planificación y las actividades diarias? Si la respuesta es Sí, ¿de qué manera lo ayuda?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Enumere los clubes a los que pertenece y las organizaciones en las que participa:		
¿Puede mantenerse en contacto con sus amigos sin la ayuda de alguna persona? (Llamarlos o comunicarse de otro modo con ellos para reunirse o hacer planes)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
En el caso de una emergencia, ¿necesitaría ayuda para salir de su casa? Si la respuesta es Sí, describa:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Por cuánto tiempo se siente a gusto estando solo en su hogar?		
Enumere dos razones para llamar a Emergencias (911): 1. _____ 2. _____		
¿Los demás se aprovechan de usted? (Por ejemplo, le piden dinero o sus pertenencias y luego no se los devuelven) Si la respuesta es Sí, ¿qué hace cuando esto sucede?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Qué haría si un extraño lo molestara?		

VI. VIDA INDEPENDIENTE*Vivir por cuenta propia***Preparación de las comidas:**

Indique el tipo de ayuda que necesita al usar los siguientes electrodomésticos de la cocina:

Actividad	Ninguna	Instrucciones	Directa
Cocina			
Microondas			
Lavaplatos			
Lavar los platos a mano			

Explique las áreas en las que necesita instrucciones o asistencia directa:

¿Puede hacer una lista de víveres?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Puede leer y seguir las instrucciones de una receta?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Describa los alimentos que componen una comida saludable:

Describa la ayuda que necesitaría para elaborar esta comida:

Tareas del hogar

Indique el tipo de ayuda que necesita para realizar las siguientes tareas del hogar:

Actividad	Ninguna	Instrucciones	Directa
Usar la aspiradora			
Lavar la ropa			
Cambiar las sábanas			
Barrer y limpiar los pisos			
Limpia el baño			

Explique las áreas en las que necesita instrucciones o asistencia directa:

Trámites y citas

Indique el tipo de ayuda que necesita en las siguientes áreas:

Actividad	Ninguna	Instrucciones	Directa
Usar el autobús RIPTA			

Comprar comida, ropa, etc.			
Concertar citas			
Asistir a las citas			
Seguir las indicaciones del médico			
Tomar medicamentos			

Explique las áreas en las que necesita instrucciones o asistencia directa:

¿Controla el vuelto que le dan cuando compra algo en una tienda? Sí No
 ¿Puede saber si el vuelto es correcto? Sí No
 Si lleva \$14,00 a la tienda y gasta \$5, ¿cuánto dinero le sobra? _____
 ¿Cuántas monedas de 25 centavos suman \$1,75? _____
 ¿Qué medicamentos toma actualmente?

VII. INDEPENDENCIA ECONÓMICA

Trabajo

Indique el tipo de ayuda que necesita en las siguientes áreas:

Actividad	Ninguna	Instrucciones	Directa
Buscar trabajo y completar solicitudes			
Participar en una entrevista laboral simple			
Aprender las tareas de un puesto			
Regresar de los descansos a tiempo			
Aceptar las correcciones			
Trabajar con otras personas			

Explique las áreas en las que necesita instrucciones o asistencia directa:

Enumere los trabajos remunerados que tiene actualmente o ha tenido en el pasado:

Enumere los trabajos como voluntario que tiene actualmente o ha tenido en el pasado: