



RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Estoy solicitando servicios de forma voluntaria a los Servicios de Salud del Condado de Deschutes (DCHS, por sus siglas en inglés). Entiendo y estoy de acuerdo en que los Servicios de Salud del Condado de Deschutes (DCHS) puedan usar y divulgar mi información de salud con los siguientes propósitos:

- Tomar decisiones y planificar mi atención y tratamiento.
- Trabajar con otros proveedores de atención médica, incluyendo a otros profesionales dentro de los DCHS para consultar, coordinar, derivar y manejar mi cuidado y tratamiento.
- Determinar mi calificación para un plan de salud o cobertura de seguro médico y enviar las facturas, reclamos y otra información relacionada a las compañías de seguros u otros que puedan ser responsables de pagar una parte o la totalidad de mi atención médica;
- Realizar varias funciones de oficina, administrativas y de negocio que apoyan los esfuerzos de los DCHS para brindarme atención médica rentable de alta calidad y para recibir reembolso por la misma.
- Participar como un miembro Colaborador de OCHIN, tal como se describe en el Aviso de las Prácticas de Privacidad de los Servicios de Salud del Condado de Deschutes.
 - Comunicarse conmigo a través de MyChart, un portal seguro para pacientes en línea.
 - Como miembro del Intercambio de Información de Salud de la Comunidad Reliance.
 - Los Servicios de Salud del Condado de Deschutes son miembros de un Intercambio electrónico de Información de Salud (HIE, por sus siglas en inglés) llamado OCHIN Collaborative. Uno de los propósitos de este HIE es permitir que los proveedores de atención médica compartan electrónicamente los registros relativos a un individuo. Entiendo y estoy de acuerdo en que DCHS puede revelar cualquier información sobre mi salud, incluyendo información sobre el tratamiento por drogas y alcohol protegida por 42 CFR Parte 2, a este HIE con el propósito de compartir la información con cualquier individuo o entidad que tenga una relación de proveedor tratante conmigo en el momento en que dicha persona accede a la información. Entiendo que, si lo solicito por escrito, el HIE debe proporcionarme una lista de todas las entidades a las que se ha divulgado mi información en los últimos dos años. La HIE se encargaría de responder a la solicitud en un plazo de 30 días.

Entiendo que mi información de salud puede incluir información tanto creada como recibida por los DCHS, puede ser en forma de registros escritos o electrónicos o por palabras habladas y puede incluir información sobre mis antecedentes de salud, estado de salud, síntomas, exámenes, resultados de análisis, diagnósticos, tratamientos, procedimientos, medicamentos y otros tipos similares de información relacionada con la salud. Entiendo que la información de salud usada y divulgada puede incluir rehabilitación vocacional, registros de alcohol y drogas, registros de VIH/SIDA, información genética y registros de salud mental o discapacidad del desarrollo que guardan los proveedores financiados con fondos públicos.

Entiendo que el Aviso de las Prácticas de Privacidad de los Servicios de Salud del Condado de Deschutes puede ser revisado de vez en cuando y tengo derecho a recibir una copia de cualquier versión que se revise. También entiendo que se publicará una copia o un resumen vigente de la versión más reciente del Aviso de las Prácticas de Privacidad en las áreas de espera/recepción.

Entiendo que tengo derecho a pedir que una parte o toda mi información de salud no sea usada o divulgada en la forma descrita en el Aviso de las Prácticas de Privacidad de los Servicios de Salud del Condado de Deschutes y entiendo que los DCHS no están obligado según la ley a estar de acuerdo con dichas solicitudes.

Al firmar a continuación, acepto que estoy solicitando servicios proporcionados por los DCHS, he revisado la información anterior y que he recibido una copia del Aviso de las Prácticas de Privacidad de los Servicios de Salud del Condado de Deschutes.

Escriba con letra de molde el nombre del cliente: _____ Fecha: _____

Firma (cliente, tutor o representante personal autorizado): _____

Nombre en letra de molde si la firma una persona distinta del cliente: _____



Recibo de Reconocimiento del Paquete de Información

Al iniciar y firmar este formulario, usted reconoce el recibo o rechaza la siguiente información del Condado de Deschutes Servicios de Salud, Conductual. Le recomendamos que revise todos los formularios en el Paquete de información del cliente cuidadosamente. Puede obtener copias visitando nuestro sitio web o solicitándolo a nuestro personal.

El paquete de información del cliente contiene la siguiente información:

- Derechos y responsabilidades individuales
- Aviso de prácticas de privacidad
- Información sobre quejas y apelaciones (incluido un formulario de quejas)
- Copia del reconocimiento y consentimiento para el tratamiento
- Información de registro de votantes, *si es solicitado*
- Declaración de información sobre el tratamiento de salud mental, *si es solicitado*

Escriba sus iniciales al lado si recibió o rechazó el paquete de información del cliente:

_____ Acepté el paquete de información del cliente

Solicité y recibí información de registro de votantes

Solicité y recibí información sobre la Declaración de tratamiento de salud mental

_____ Rechacé el paquete de información del cliente, información adicional o asistencia

Firma individual o del cuidador

Fecha



SOLICITUD DE SERVICIO DE SALUD CONDUCTUAL DEL CONDADO DE DESCHUTES

APLICACIÓN INFANTIL

MRN: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

POR FAVOR IMPRIMA: (Información del individuo que solicita los servicios)

FECHA:

Apellido	Nombre Inicial	del 2o Nombre	Fecha de Nacimiento
Nombre Completo de Nacimiento		Número de Seguro Social	
¿Cuál es el género identificado por el individuo? <input type="checkbox"/> Género no binario, ni exclusivamente masculino ni femenino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Femenino a masculino (FTM)/Transgénero Masculino/Trans Hombre <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Masculino-a-Femenino (MTF)/Transgénero Femenino/Trans Mujer <input type="checkbox"/> Dos espíritus <input type="checkbox"/> Cuestionando <input type="checkbox"/> Categoría adicional de género/ (u Otro), por favor especifique: _____			
¿Qué sexo se asignó al nacer en el certificado de nacimiento original del individuo?		Pronombre de Preferencia (Ella, Él, Ellos/Ellas, Otro):	
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Se niega a responder		Nombre Preferido: _____	
Información de contacto: <i>Las leyes de privacidad nos permiten comunicarnos con usted utilizando su método preferido, cuando sea razonable. Al completar esta sección, está notificando a los Servicios de Salud del Condado de Deschutes (DCHS, por sus siglas en inglés) cómo desea que nos comuniquemos con usted, lo cual puede incluir información sobre sus servicios. Al seleccionar los métodos enumerados a continuación, usted acepta y acepta cualquier responsabilidad involucrada.</i>			
Teléfono Celular:		Está bien si le mandamos texto: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Teléfono del individuo Teléfono del padre/madre o tutor		Está bien de dejar un mensaje de voz detallado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Teléfono de la casa:		Está bien de dejar un mensaje de voz detallado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Otro teléfono:		Está bien de dejar un mensaje de voz detallado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Correo Electrónico del individuo:		Está bien de mandar un mensaje de correo electrónico: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Correo Electrónico del Padre/ Madre o tutor			
Calle/Dirección Física		Ciudad	Estado
Dirección Postal/Secundaria (si es diferente)		Ciudad	Estado
Código Postal			
Condado de Residencia		El individuo vive con: <input type="checkbox"/> Vive solo/a	
Apellido:		Nombre:	Parentesco:
Razón por la cual busca los Servicios			

NECESIDADES INDIVIDUALES

Intérprete/Necesidades Especiales (Por favor marque todo lo que corresponde): <input type="checkbox"/> Discapacidad Auditiva/Prótesis <input type="checkbox"/> Asistencia de Lectura/Alfabetización <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Preferred language if other than English, please indicate: _____

Deschutes County alienta a las personas con discapacidad a participar en todos los programas y actividades. Este estable-cimiento tiene acceso para las personas con discapacidad. Si necesita alojamiento para poder participar, por favor llame al 541-322-7500



SOLICITUD DE SERVICIO DE SALUD CONDUCTUAL DEL CONDADO DE DESCHUTES
APLICACIÓN INFANTIL

MRN: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA				
Nombre y Apellido de contacto de emergencia:				
Parentesco	Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
* Información de Emergencia Podemos dejar un mensaje (Por favor escoja) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No # de Teléfono				

Declaración de custodia
Para un niño menor de 14 años, por favor dar fe a uno de los siguientes: La persona adulta que busca registrar al niño para los servicios de DCBH es: _____ Esta persona está legalmente autorizada para obtener servicios médicos y de salud mental para el niño porque (seleccione qué opción corresponde)
<input type="checkbox"/> La persona es un padre legal del niño, y los derechos parentales de la persona con respecto al niño, incluidos los derechos de custodia, no han sido restringidos de ninguna manera. <input type="checkbox"/> La persona es un padre legal del niño y se le ha otorgado la custodia legal del niño por orden judicial. <input type="checkbox"/> La persona no es un padre legal del niño, pero se le ha otorgado la custodia legal o la tutela del niño por orden judicial o nombramiento. <input type="checkbox"/> Otra: Si no corresponde nada de lo anterior, pero usted cree que está autorizado a obtener servicios médicos y/o de salud mental para el niño, por favor explique la base de su creencia: _____
En caso de que la exactitud de la declaración anterior se ponga en duda en cualquier momento en el futuro, o por cualquier otra razón, DCHS puede exigir documentación legal que apoye dicha declaración.

ESTADO CIVIL	
<input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Pareja Unión Libre <input type="checkbox"/> Separado/a Legalmente	Nombre del Cónyuge/Pareja (Si corresponde):

CONDICIONES DE VIVIENDA		
Por favor escoja lo que mejor describa la situación de vivienda del individuo		
<input type="checkbox"/> Sin hogar <input type="checkbox"/> Cárcel <input type="checkbox"/> Vivienda de Apoyo <input type="checkbox"/> Vivienda libre de Alcohol/Droga <input type="checkbox"/> Residencia Privada (Casa) <input type="checkbox"/> Instalación Residencial(SUD) <input type="checkbox"/> Instalación Residencial (PRTS) <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Centro Residencial de Cuidados Sub-Agudos	<input type="checkbox"/> Hogar de Crianza Temporal <input type="checkbox"/> Prisión <input type="checkbox"/> Vivienda de Apoyo (privada) <input type="checkbox"/> Hogar Oxford <input type="checkbox"/> Residencia Privada (familiar) <input type="checkbox"/> Instalación Residencial (BRS) <input type="checkbox"/> Instalación Residencial (SCIP/SAIP) <input type="checkbox"/> Residencia Segura (STRF Adulto)	<input type="checkbox"/> Instalación Residencial/Hogar de Grupo <input type="checkbox"/> Alojamiento y Comida <input type="checkbox"/> Vivienda de Apoyo (con otras personas) <input type="checkbox"/> Otro tipo de Residencia Privada <input type="checkbox"/> Residencia Privada (amistades) <input type="checkbox"/> Instalación Residencial (CSEC) <input type="checkbox"/> Instalación Residencial (SRTF para YAT) <input type="checkbox"/> Instalación Residencial (RTH para YAT)



SOLICITUD DE SERVICIO DE SALUD CONDUCTUAL DEL CONDADO DE DESCHUTES
APLICACIÓN INFANTIL

MRN: _____

RAZA Y ORIGEN ÉTNICO			
Raza/Etnicidad (Por favor marque todas las que aplican)			
<input type="checkbox"/> Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Negro/Africano Americano	<input type="checkbox"/> Mexicano	<input type="checkbox"/> Indio Asiático
<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Otro Asiático
<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Samoano	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Guamaniano o Chamorro
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái	<input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Otro Isleño del Pacífico
<input type="checkbox"/> Americano Mexicano	<input type="checkbox"/> Cubano	<input type="checkbox"/> Portorriqueño	<input type="checkbox"/> No Hispano o Latino(a)Chicano/a
<input type="checkbox"/> Dos o más razas	<input type="checkbox"/> Una Raza	<input type="checkbox"/> Desconocido(a)	<input type="checkbox"/> El paciente se reusó
<input type="checkbox"/> Otro Latino Hispano o de Origen Español			
Afiliaciones Tribales (Por favor marque todas las que correspondan)			
<input type="checkbox"/> Tribu Burns Paiute		<input type="checkbox"/> Tribus Confederadas de Coos, Lower Umpqua & Siuslaw	
<input type="checkbox"/> Tribus Confederadas de Grand Ronde		<input type="checkbox"/> Tribus Confederadas de Siletz	
<input type="checkbox"/> Tribus Confederadas Umatilla		<input type="checkbox"/> Tribus Confederadas de Warm Springs	
<input type="checkbox"/> Tribu Coquille Indian		<input type="checkbox"/> Indios Cow Creek Band de Umpqua	
<input type="checkbox"/> Tribus Klamath		<input type="checkbox"/> No Corresponde	
<input type="checkbox"/> Otra (Por favor describa):			

SITUACIÓN LEGAL		
Por favor escoja la que mejor describa la situación del individuo:		
<input type="checkbox"/> Cliente Divergente por DUII	<input type="checkbox"/> Cliente Convicto por DUII	<input type="checkbox"/> Compromiso Civil de 30 Días
<input type="checkbox"/> Compromiso Civil de 90 Días	<input type="checkbox"/> Compromiso Civil de 180 Días	<input type="checkbox"/> Encarcelado
<input type="checkbox"/> Libertad bajo Palabra	<input type="checkbox"/> Libertad Condicional	<input type="checkbox"/> Ayuda y Asistencia
<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Custodia Involuntaria	<input type="checkbox"/> Custodia (Protección de Menores)
<input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> Custodia (Tribunal)	<input type="checkbox"/> Juvenil PSRB
<input type="checkbox"/> Desconocido(a)	<input type="checkbox"/> Ninguno(a)	<input type="checkbox"/> Desvío de la cárcel antes del arresto
<input type="checkbox"/> Comité de Revisión de Servicios Psiquiátricos (PSRB)		<input type="checkbox"/> Desvío de la cárcel después del arresto

EDUCACIÓN	
Marque el grado más alto cursado por el individuo	
K <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12/GED <input type="checkbox"/> AA/AS <input type="checkbox"/> BA/BS <input type="checkbox"/> MA/MS <input type="checkbox"/>	
Doctorado/Psicólogo/Doctor en Medicina <input type="checkbox"/> Cursos tomados en el Colegio <input type="checkbox"/>	

OTRA INFORMACIÓN	
¿Ha tenido el individuo asesoramiento psicológico previo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Si sí dónde?	
Derivado por:	
¿Está involucrado el Servicio de Protección Infantil? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre del Trabajador Social	# de Teléfono
¿Tiene una Declaración para Tratamiento de Salud Mental y/o una Instrucción Anticipada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Le gustaría completar una Declaración para Tratamiento de Salud Mental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	



SOLICITUD DE SERVICIO DE SALUD CONDUCTUAL DEL CONDADO DE DESCHUTES
APLICACIÓN INFANTIL

MRN: _____

INFORMACIÓN FINANCIERA

La información en este formulario se utiliza para determinar la elegibilidad para nuestro programa de descuento de tarifa variable.

SEGURO DE SALUD	
Nombre del Individuo que necesita los Servicios	Nombre de la Persona Responsable
ID # del Seguro de Salud Primario*(OHP, Medicare, etc.)	Fecha de Nacimiento del Asegurado*(Obligatorio si no es el mismo)
ID # del Seguro de Salud Secundario	Fecha de Nacimiento del Asegurado*(Obligatorio si no es el mismo)

SITUACIÓN LABORAL
Por favor escoja lo que mejor describa su situación laboral
<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Ama de Casa <input type="checkbox"/> No está en la Fuerza Laboral <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Otro (voluntario, etc.) <input type="checkbox"/> Paciente de Hospital, Encarcelado u otra Institución Residencial <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Empleo Protegido (Opportunity Foundation, Good Will, etc.)
¿Quieres ayuda con el empleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

INGRESOS					
La información en este formulario se utiliza para determinar la legibilidad para nuestro programa de descuento de tarifa variable					
Fuente de Ingreso Mensual del Grupo familiar	Usted	Esposo/a	Padre(s)	Otro	Total
Sueldos (salarios, propinas, etc.)					
Ayuda Pública					
Jubilación/Pensión/Seguro Social					
Discapacidad/Seguro Social por Discapacidad					
Otro					
Ninguno: Si no tiene ingresos, explique cómo se mantiene:					

Deschutes County alienta a las personas con discapacidad a participar en todos los programas y actividades. Este estable-cimiento tiene acceso para las personas con discapacidad. Si necesita alojamiento para poder participar, por favor llame al 541-322-7500



SOLICITUD DE SERVICIO DE SALUD CONDUCTUAL DEL CONDADO DE DESCHUTES
APLICACIÓN INFANTIL

MRN: _____

INFORMACIÓN FINANCIERA

MIEMBROS DE LA FAMILIA Y DEPENDIENTES			
<i>La información en este formulario se utiliza para determinar la elegibilidad para nuestro programa de descuento de tarifa variable</i>			
Enumere los miembros de la familia que viven con individual en cada categoría			
Usted	Cónyuge/Pareja	Tutor/Padre/Madre	Dependiente
1			
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Confirmando que la información entregada es correcta y sé que necesito entregar verificación para que sea aprobada. A pesar de tener seguro o de que puedo proporcionar la verificación, soy responsable del saldo en mi cuenta de los servicios profesionales prestados por DCBH. Autorizo la divulgación de cualquier información médica y financiera necesaria para procesar las reclamaciones de seguros. ❖ Le notificaré a DCBH inmediatamente de cualquier cambio en la información anterior. 			
Firma de la Persona Responsable		Fecha	
Al poner sus iniciales, yo (la persona responsable) estoy declarando que se me explicó el proceso financiero y de escala móvil de tarifas si perdiera OHP / Medicaid / Medicare / Seguro privado.		Iniciales de la persona responsable	

Por favor no escriba en el recuadro sombreado (**Sólo para uso del personal**)

STAFF VERIFICATION CHECKLIST (attach copies)	
Proof of ID: Photo ID, Drivers License, Birth Certificate, Social Security Card	Sliding Fee amount:
	Effective Date
Staff Signature Line-please sign after explaining financial and sliding fee scale to responsible party	Date of staff signature
	Expiration date
Signature:	



SOLICITUD DE SERVICIO DE SALUD CONDUCTUAL DEL CONDADO DE DESCHUTES
APLICACIÓN INFANTIL

MRN: _____

SERVICIO DE SALUD DEL CONDADO DE DESCHUTES
FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA

Información Médica Confidencial

- ❖ **Por favor complete si tiene más de 14 años. Los padres o cuidadores necesitan completar el formulario para los niños menores de 13 años. La siguiente información es necesaria para ayudar a entender el estado de su salud mental y física. No es necesario que usted responda todas estas preguntas para participar en una evaluación o tratamiento. Sin embargo, le agradeceríamos que se tomara el tiempo para llenar lo que más pueda de este formulario.**

NOMBRE DEL INDIVIDUO: _____ **FECHA:** _____

ANTECEDENTES MÉDICOS	
Por favor marque el recuadro si tiene o ha tenido lo siguiente:	
<input type="checkbox"/> Accidentes graves <input type="checkbox"/> Sobredosis de Droga <input type="checkbox"/> Problemas a los riñones <input type="checkbox"/> Infecciones de la Piel <input type="checkbox"/> Presión Sanguínea Alta <input type="checkbox"/> Hospitalización por Salud Mental <input type="checkbox"/> Erupción <input type="checkbox"/> Alucinaciones <input type="checkbox"/> Retraimiento Grave de droga/alcohol <input type="checkbox"/> Discapacidad Física/Emocional/Intelectual/del Desarrollo	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Asma o problema respiratorio <input type="checkbox"/> Problemas Neurológicos <input type="checkbox"/> Infección de Transmisión Sexual <input type="checkbox"/> Problemas al Hígado <input type="checkbox"/> Pensamientos Suicidas <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca <input type="checkbox"/> Hepatitis (A, B o C) <input type="checkbox"/> Lesión Craneal
<input type="checkbox"/> Desorden Alimenticio <input type="checkbox"/> Sangrado Gastrointestinal <input type="checkbox"/> Úlcera <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco <input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar <input type="checkbox"/> Pancreatitis <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Problemas de la Tiroides <input type="checkbox"/> Ataques o convulsiones	
Alergias a Medicamentos (Por favor enumere)	
Otros problemas no enumerados anteriormente (Por favor enumere)	
Explique cualquiera de las que marcó anteriormente y que haya experimentado en los últimos 6 meses	
Fecha aproximada de accidentes/lesiones, enfermedades y hospitalizaciones por salud mental	
¿Tiene un doctor en la actualidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si responde que sí, nombre del Doctor _____ La última vez que vio a su doctor _____	
¿Está tomando algún medicamento en la actualidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si responde que sí, por favor haga una lista de los medicamentos y las dosis	
Uso de Nicotina/Tabaco <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cantidad al día _____	¿Está interesado/a en dejarlo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Quiere información de una Línea para dejar el Tabaco? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Consumo de cualquier sustancia/droga en los últimos 90 días <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	
Está embarazada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	Si responde que sí, fecha aproximada del part _____