

Formulario de admisión

Agencia del Área para Adultos Mayores (AAA) de Nacogdoches County Aging Committee, Inc.

La información en este formulario es necesaria para proporcionar servicios. Toda la información es confidencial, se protegerá contra el uso no oficial y solo se compartirá para iniciar o modificar los servicios.

*Se explicaron la *Divulgación de información y los Derechos y responsabilidades del cliente.*

Nota: Toda la información marcada con un asterisco (*) es obligatoria.

Parte I: Datos del beneficiario

*Fecha:	Núm. de ID de SPURS: Spanish Congregate/Fitness	Idioma principal:		
*Apellido:	*Primer nombre:	*Inicial del segundo nombre:	*Fecha de nacimiento:	*Género:
*Dirección y número de apartamento:	*Ciudad:	*Estado:	*Código postal:	*Condado:
*Teléfono con código de área: Casa	Correo electrónico:			
<input type="checkbox"/> Marque la casilla si la dirección postal es diferente al domicilio y escriba la dirección postal a continuación:				
*Dirección y número de apartamento o P.O. Box:	*Ciudad:	*Estado:	*Código postal:	*Condado:
*Grupo étnico (Marque uno): <input type="radio"/> Hispano o latino <input type="radio"/> Ni hispano ni latino <input type="radio"/> Desconocido	*Grupo racial (Marque todos los que correspondan): <input type="checkbox"/> Nativo americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> No minoritario (blanco, no hispano) <input type="checkbox"/> Blanco - hispano	Estado civil (Marque uno): <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Viudo <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Separado <input type="radio"/> Nunca se ha casado <input type="radio"/> No se indicó		
*¿El beneficiario vive solo? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se sabe	Núm. total de personas que viven en el hogar:	Ingresos mensuales del hogar: No aplica		
Consulte la guía federal de pobreza actualizada del Departamento de Salud y Servicios Humanos para determinar, según el tamaño del hogar, si la persona se encuentra al nivel federal de pobreza o por debajo de este.		*¿Al nivel o por debajo del nivel de pobreza? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se sabe		
Ingresos mensuales:	Beneficiario	Cónyuge		
Empleo	No aplica	No aplica		
Seguro Social	No aplica	No aplica		
Seguridad de Ingreso Suplementario	No aplica	No aplica		
Asuntos de los Veteranos	No aplica	No aplica		
Otras fuentes	No aplica	No aplica		
Otros beneficios [por ejemplo, del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)]	No aplica	No aplica		

Parte II: Servicios que se solicitan (Debe ser llenada por el personal de la AAA o del proveedor)

Lista de servicios que se solicitan:

Congregarse-Congregate

Aptitud física- Fitness

¿Está inscrito en alguno de los siguientes programas? Medicaid Medicare

Parte III: Información del contacto de emergencia (Debe ser llenada por el personal de la AAA o del proveedor)

Nombre del contacto:	Relación:	Teléfono con código de área:
Médico de cabecera:		Teléfono con código de área:

Parte IV: Remisión (Debe ser llenada por el personal de la AAA o del proveedor)

Remitido por:

Latasha Lathan

03/15/2023

*Nombre del empleado de la AAA o del proveedor que llenó este formulario de admisión *Fecha

Parte V: Servicios de nutrición (Debe ser llenada por el personal de la AAA o del proveedor)

*Requisitos de participación adicionales si la persona con derecho es menor de 60 años. Marque las casillas que correspondan:

El beneficiario es menor de 60 años, su cónyuge es mayor de 60 años y participa en el programa de nutrición.

El beneficiario es menor de 60 años, sirve como voluntario en el centro de nutrición y el proveedor ofrece una comida según los procedimientos de la AAA.

El beneficiario es menor de 60 años, tiene una discapacidad y vive en un centro residencial habitado principalmente por personas mayores de 60 años en el que se sirven comidas en grupo.

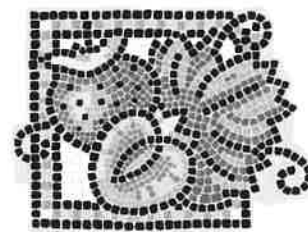
El beneficiario es menor de 60 años, tiene una discapacidad, vive con una persona con derecho a una comida y el proveedor ofrece una comida según los procedimientos de la AAA.

Proveedor o centro: _____

Nombre del cliente: _____

Identificación del cliente: _____

Fecha: _____



Las señales de advertencia de la mala salud nutricional muchas veces se pasan por alto. Use esta lista para enterarse si corre riesgo de tener mala nutrición.

DETERMINACIÓN DE SU SALUD NUTRICIONAL

Lea las frases a continuación. Si la frase es pertinente a su situación, encierre en un círculo el número en la columna "Sí". Sume los números marcados para obtener su puntaje total de riesgo nutricional.

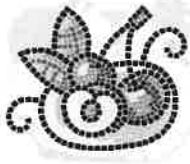
	Sí
Tengo una enfermedad o un padecimiento que me hizo cambiar el tipo o la cantidad de comida que como.	2
Como menos de dos comidas al día.	3
Como pocas frutas o verduras, o pocos productos lácteos.	2
Tomo tres o más cervezas, cocteles o vinos casi todos los días.	2
Tengo problemas de los dientes o de la boca que me dificultan poder comer.	2
No siempre tengo suficiente dinero para comprar los alimentos que necesito.	4
Como solo la mayor parte del tiempo.	1
Tomo tres o más distintos medicamentos recetados o sin receta al día.	1
Sin querer hacerlo, he bajado o aumentado diez libras en los últimos seis meses.	2
No siempre me encuentro en condiciones físicas para ir de compras, cocinar o alimentarme.	2
TOTAL	

Puntaje de salud nutricional

0 - 2 Buena
3 - 5 Riesgo nutricional moderado
6 ó más Alto riesgo nutricional

Consulte la hoja informativa de Determinación de su salud nutricional para aprender sobre las señales de advertencia de la mala salud nutricional.

The Nutrition Screening Initiative • 1010 Wisconsin Avenue, NW • Suite 800 • Washington, DC 20007
The Nutrition Screening Initiative is funded in part by a grant from Ross Products Division of Abbott Laboratories, Inc.



HOJA INFORMATIVA DE DETERMINACIÓN DE SU SALUD

Fecha: _____

Puntaje: _____

Si su puntaje de salud nutricional es:

- 0 - 2 **¡Muy bien!** Vuelva a revisar su puntaje de salud nutricional en seis meses.
- 3 - 5 **Usted corre un riesgo nutricional moderado.** Vea qué se puede hacer para mejorar los hábitos de alimentación y el estilo de vida. El programa de nutrición para adultos mayores, la agencia del área para adultos mayores, el centro para adultos mayores, el agente de extensión del condado o el departamento de salud quizás le puedan ayudar. Vuelva a revisar su puntaje de salud nutricional dentro de tres meses.
- 6 ó más **Usted corre un riesgo nutricional alto.** La próxima vez que vea al doctor, al nutricionista o a un profesional de servicios sociales, hable con ellos sobre cualquier problema que tenga. Pida ayuda para mejorar su salud nutricional.

La lista de Determinación de su salud nutricional se basa en las señales de advertencia descritas a continuación.

Enfermedad

Cualquier enfermedad, padecimiento o estado crónico que hace que cambie su manera de comer, o le ocasione dificultad para comer, pone en riesgo su salud nutricional.

Mala alimentación

Tanto comer muy poco como comer demasiado pueden llevar a la mala salud. Comer los mismos alimentos día tras día o no comer frutas, verduras y productos lácteos todos los días también llevará a la mala salud nutricional.

Pérdida de dientes y dolor de la boca

Para comer se necesita tener una boca, unos dientes y unas encías sanas. La falta de dientes, los dientes sueltos o podridos o la dentadura postiza que no le queda bien o que le causa heridas en la boca ocasionan dificultad para comer.

Problemas económicos

Tener menos de \$25 a \$30 por semana para gastar en comida, o decidir gastar menos, le dificulta obtener los alimentos que necesita para mantenerse sano.

Contacto social reducido

Estar con otras personas todos los días tiene un efecto positivo sobre la moral, el bienestar y la alimentación.

Medicamentos múltiples

Entre más medicamentos tome, mayor probabilidad hay de sufrir efectos secundarios, como cambios en el apetito o del sabor, estreñimiento, debilidad, somnolencia, diarrea, náusea y otros efectos secundarios. Las vitaminas o los minerales, cuando se toman en dosis grandes, actúan como medicamentos o drogas y pueden causar daño. Avísele al doctor sobre todo lo que toma.

Aumento o reducción de peso involuntarios

Bajar o aumentar mucho de peso cuando no es su intención hacerlo es una importante señal de advertencia que no debe pasarse por alto. Tener exceso de peso o pesar menos de lo normal también aumenta sus probabilidades de tener mala salud.

Necesidad de ayuda para cuidarse

Aunque la mayoría de los adultos mayores puede comer, uno de cada cinco tiene problemas para caminar, hacer compras y comprar y preparar los alimentos al ir envejeciendo.

Personas mayores de 80 años

La mayoría de los adultos mayores lleva una vida llena y productiva. Sin embargo, con los años, el riesgo de fragilidad y de sufrir problemas de salud aumenta.

Evaluación de necesidades del cliente (CNE)

Parte I: Datos de la evaluación

Nombre del cliente:	
Núm. de ID del SPURS:	
Fecha de la evaluación:	

Parte II: Evaluación de los impedimentos para la vida diaria

Puntuación de Texas para impedimentos 0 = Ninguno 1 = Leve 2 = Grave 3 = Impedimento total	ADL: Actividad de la vida diaria IADL: Actividad instrumental de la vida diaria	Conteo del Informe del programa estatal (SPR) = Núm. de preguntas puntuadas \geq 1 Preguntas 1-3 y 5-7 sobre las ADL Preguntas 9-13 y 17-19 sobre las IADL	Arreglo de servicios C = Cuidador P = Servicio. Lo comprará la AAA. A = Otra agencia. Un proveedor que no es de la AAA presta el servicio. N = No aplica a este cliente S = El cliente mismo
---	--	--	---

Pregunta	Puntuación de Texas	ADL/ IADL	Conteo del SPR	Arreglo de servicios (escoja solo uno).
1. ¿Tiene problemas para bañarse o ducharse?		ADL		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
2. ¿Puede vestirse sin ayuda?		ADL		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
3. ¿Puede alimentarse sin ayuda?		ADL		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
4. ¿Puede hacerse el aseo personal sin ayuda (rasurarse, lavarse los dientes, lavarse el cabello y peinarse)?				<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
5. ¿Tiene problemas de incontinencia (para llegar al baño a tiempo)?		ADL		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
6. ¿Tiene problemas para sentarse o pararse del inodoro o para limpiarse después de usar el baño?		ADL		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
7. ¿Puede acostarse o sentarse y levantarse de la cama o la silla?		ADL		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
8. ¿Puede caminar sin ayuda?				<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
9. ¿Puede limpiar su casa (barrer, sacudir, lavar los trastes, usar la aspiradora)?		IADL		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
10. ¿Puede lavar su propia ropa?		IADL		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
11. ¿Puede preparar sus comidas?		IADL		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
12. ¿Puede hacer sus propias compras?		IADL		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
13. ¿Puede administrarse sus propios medicamentos?		IADL		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
14. ¿Puede cortarse las uñas?				<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
15. ¿Tiene algún problema para mantener el equilibrio?				<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
16. ¿Puede abrir frascos, latas y botellas?				<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S

Pregunta	Puntuación de Texas*	ADL/IADL	Conteo del SPR	Arreglo de servicios (escoja solo uno).
17. ¿Puede usar el teléfono?		IADL		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
18. ¿Es capaz de transportarse sin ayuda?		IADL		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
19. ¿Tiene problemas para manejar su dinero?		IADL		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S

Parte III - Examen y evaluación de la salud mental

Pregunta	Puntuaciones	Puntuación de Texas
20. En el último mes, ¿le ha preocupado el hecho de sentir una falta de interés o de placer al hacer las cosas, o se ha sentido a menudo triste, deprimido o sin esperanza?	<p>0 = No. Pase a la Parte IV.</p> <p>1 = Si contesta "Sí" a la pregunta 20 y "No" a las preguntas 21-24.</p> <p>2 = Si contesta "Sí" a la pregunta 20 y "Sí" a solo una de las preguntas 21-24.</p> <p>3 = Si contesta "Sí" a la pregunta 20 y "Sí" a dos o más de las preguntas 21-24.</p>	

Si contesta "Sí" a la pregunta 20, continúe. Si contesta "No", pase a la Parte IV.

En las últimas dos semanas, ¿se ha sentido de alguna de las siguientes maneras casi todos los días, la mayor parte del día? (Basado en la propia percepción del cliente).	Respuesta
21. ¿Ha tenido problemas para dormir?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
22. ¿Ha dejado de disfrutar cosas que antes le parecían divertidas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
23. ¿Siente que no vale mucho como persona?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
24. ¿Ha habido un cambio considerable en su apetito?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Part IV - Cognición

Autoevaluación	Puntuaciones	Puntuación de Texas
25. En las últimas dos semanas, ¿cuántos días ha notado que le cuesta trabajo concentrarse o tomar decisiones? (Basado en la propia percepción del cliente).	<p>0 = Nunca.</p> <p>1 = De vez en cuando. Un par de veces.</p> <p>2 = A menudo. Más de un par de veces, pero no todos los días.</p> <p>3 = Todos los días.</p>	
Observación de un tercero	Puntuaciones	Puntuación de Texas
26. ¿Puede el cliente tomar decisiones de forma independiente? (Basado en las observaciones que alguien hace sobre el cliente).	<p>0 = Toma decisiones coherentes y razonables de forma independiente.</p> <p>1 = Toma decisiones sencillas sin ayuda.</p> <p>2 = Toma malas decisiones y necesita orientación o supervisión para la mayoría de las decisiones.</p> <p>3 = Impedimento grave, casi nunca toma sus propias decisiones</p>	

Observación de un tercero	Puntuaciones	Puntuación de Texas
27. ¿El cliente parece tener problemas con la memoria a corto plazo? (Basado en las observaciones que alguien hace sobre el cliente).	0 = No 1 = Tiene algunos problemas con la memoria a corto plazo y puede realizar la tarea por sí mismo con recordatorios ocasionales. 2 = Tiene lagunas mentales y a menudo no realiza la tarea, incluso con recordatorios. 3 = Tiene lagunas mentales que impiden que realice tareas de rutina en forma diaria.	

Part V - Puntuaciones de la evaluación

Evaluación	Puntuación de Texas	Conteo del SPR
Puntuación total de la CNE sobre el nivel de impedimento (de 0 a 60): <input type="checkbox"/> Bajo (puntuación de 0-19) <input type="checkbox"/> Moderado (puntuación de 20-39)* <input type="checkbox"/> Grave (puntuación de 40 o más)		
Conteo de ADL para el SPR (puntuación de 0-6)		
Conteo de IADL para el SPR (puntuación de 0-8)		

*Se requiere una puntuación de 20 (un impedimento moderado) o más para recibir comidas a domicilio.

Firma del evaluador de la AAA o del proveedor

Fecha



Agencia del Área sobre el Envejecimiento del Este Profundo de Texas
Derechos y Responsabilidades del Cliente para Los Programas de la Ley de Estadounidenses Mayores

La Agencia del Área sobre el Envejecimiento del Este de Texas le da la bienvenida como participante en los programas para personas mayores y cuidadores familiares en nuestra región. Este programa es exigido por la Ley de Estadounidenses Mayores de 1965, enmendada, y proporciona acceso y asistencia y otros servicios de apoyo. Los programas y servicios son administrados por la Agencia del Área sobre el Envejecimiento con fondos proporcionados a través del Departamento de Servicios para Personas Mayores y Discapacitados de Texas, contribuciones de los clientes y fondos locales.

Los programas y servicios están diseñados para personas de 60 años o más y/o sus familiares y otros cuidadores. Nuestro objetivo es ayudar a las personas mayores a llevar vidas independientes, significativas y dignas en sus propios hogares y comunidades durante el mayor tiempo posible mediante la provisión de servicios de apoyo limitados. La información no se divulgará a nadie ni a ninguna agencia sin su consentimiento informado, con la excepción de los registros solicitados por un tribunal de justicia.

Derechos y responsabilidades del cliente:

1. Tiene derecho a ser tratado con respeto y consideración. Tiene derecho a que su propiedad sea tratada con respeto.
2. No se le pueden negar servicios por motivos de raza, religión, color, origen nacional, sexo, discapacidad, estado civil o incapacidad y/o falta de voluntad para contribuir.
3. Tiene derecho a presentar una queja/queja o recomendar cambios en la política o el servicio, sin restricciones, interferencias, coerción, discriminación ni represalias. Para presentar una queja o queja, comuníquese con la Agencia del Área sobre el Envejecimiento. La información de contacto se identifica a continuación:

Nacogdoches County Aging Committee, Inc.	Area Agency on Aging (AAA) Information
Nacogdoches Senior Center	Holly Anderson
1601 W. Austin Street	Director- AAA on Deep East Texas
Nacogdoches, Texas 75964	1405 Kurth Drive
Phone: 936-569-2072 Fax: 936-560-1797	Lufkin, Texas, 75904
Home Delivered Meals - Latasha Lathan	Phone: 409-381-5258
nacseniorcenter.com	handerson@detcog.org

4. Tiene derecho a participar en el desarrollo de un plan de atención para abordar necesidades insatisfechas. N / A



Agencia del Área sobre el Envejecimiento del Este Profundo de Texas
Derechos y Responsabilidades del Cliente para Los Programas de la Ley de Estadounidenses Mayores

5. Tiene derecho a que se le informe por escrito sobre los servicios disponibles y los cargos aplicables si los servicios no están cubiertos o no están disponibles por Medicare, Medicaid, el seguro médico o los fondos de la Ley de Estadounidenses Mayores.
6. Tiene derecho a elegir de forma independiente los proveedores de servicios de la lista proporcionada por Area Agency on Aging, donde hay varios proveedores de servicios disponibles y cambiar de proveedor de servicios cuando lo desee.
7. Tiene derecho a ser informado de cualquier cambio en los servicios.
8. Tiene derecho a hacer una contribución voluntaria y confidencial por los servicios recibidos a través de la Agencia del Área sobre el Envejecimiento. Los servicios no se negarán si un participante elegible no puede o elige no hacer una contribución. Todas las contribuciones se mantendrán confidenciales y se utilizarán para ampliar o mejorar los servicios para los que se proporcionaron.
9. Usted tiene la responsabilidad de informar a la Agencia del Área sobre el Envejecimiento o a su(s) proveedor(es) de servicios de su intención de retirarse del programa o cualquier período conocido de ausentismo en el que no se utilizarán los servicios.
10. Usted tiene la responsabilidad de proporcionar a la Agencia del Área sobre el Envejecimiento o a sus proveedores de servicios información completa y precisa.

Eximo de responsabilidad a este programa de la Agencia del Área sobre el Envejecimiento, su organización matriz, los patrocinadores y las agencias estatales patrocinadoras por cualquier responsabilidad que surja de los servicios prestados de acuerdo con las pautas del programa.

Firma del cliente

Fecha

¿Alguna vez fue miembro de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? (Circule uno) Sí o No

En caso afirmativo, en qué rama de las fuerzas armadas estuvo usted: _____

Su Título Oficial (Clasificación): _____

Número de años de servicio: _____

¿Cuál es su nivel más alto de educación completado? _____



Divulgación de información del cliente

Agencia del Área para Adultos Mayores de _____

Nombre de la persona	Identificación de la persona:
----------------------	-------------------------------

Al firmar esta autorización, usted da permiso a la Agencia del Área para Adultos Mayores (AAA) para divulgar toda o una parte de la información sobre usted, incluso la información médica. Si no firma esta autorización, la AAA limitará los servicios que le ofrece. Esta autorización de divulgación da acceso a una gama de servicios disponibles por medio de la AAA o sus proveedores.

El cliente o su representante personal debe llenar las Partes A, B y C.

Yo autorizo a la Agencia del Área para Adultos Mayores para que divulgue mi información a las siguientes personas o departamentos con el propósito indicado en la Parte A. La información estará disponible a la persona o al departamento indicado hasta el evento o la fecha de vencimiento anotados en la Parte B.

Parte A – Divulgación de información

Entiendo que la información puede contener información médica protegida. Divulguen mi información a la siguiente persona o departamento:

- Cualquier persona o departamento necesario para satisfacer mis necesidades de servicios.
- Solo a las personas o entidades identificadas: _____

Marque una de las siguientes opciones: Divulguen toda mi información. Divulguen solo la siguiente información: _____

Parte B – Propósito de la divulgación

- General: Ayudar a evaluar, coordinar y satisfacer las necesidades personales de servicios.
- Específico: _____
- Vencimiento: _____

Esta autorización se vence al hacer una reevaluación, si aplica, o 3 años después de la fecha de vigencia. _____

Parte C – Firmas

Persona o Representante personal

Fecha

- Marque esta casilla si firmó en nombre de la persona y describa en el siguiente renglón su autoridad para actuar por la persona: _____

Nota: si la persona que pide la divulgación de información no puede firmar su nombre, dos testigos de su marca (X) tienen que firmar a continuación. Acepte la firma de un solo testigo cuando no es posible obtener la firma de dos testigos. Documente la razón en el expediente de la persona.

Testigo

Fecha

Testigo

Fecha

Aviso a la persona:

- Una vez que dé la autorización para divulgar su información, la AAA no se hace responsable de ninguna divulgación de la información de parte del destinatario.
- Usted puede retirar el permiso que le haya dado a la AAA para usar o divulgar información de salud que lo identifique a usted, a menos que la AAA ya haya tomado alguna acción basándose en su permiso. Tiene que retirar el permiso por escrito.