

# Agencia de Seguros Bridge Norena & Associates

Programas Educativos e Institucionales

23945 Calabasas Road, #210, Calabasas, Ca 91302

818-225-1627 x 303, 323-872-3831 x 303, Fax: 818-225-7029, 818-225-7737

Correo electrónico: [contact@bridgenorena.com](mailto:contact@bridgenorena.com) / [www.bridgenorena.com](http://www.bridgenorena.com)

Licencia No. 0716331

Estimados padres de familia:

Por experiencia saben probablemente que mientras se encuentran en la escuela los niños tienen accidentes que pueden causar lesiones. Por lo tanto, los padres se enfrentan con gastos médicos inesperados y costosos.

Es importante notar que el distrito escolar en el que está inscrito su hijo no tiene seguro médico para estudiantes que sufran lesiones en el campus o mientras se encuentran bajo su jurisdicción. La atención médica por lesiones sufridas por un estudiante del distrito escolar es la responsabilidad del padre o del guardián legal.

Por este motivo, el distrito escolar ha aprobado un programa voluntario de seguro de accidente para estudiantes que brinda cobertura a precio económico para ayudar a sufragar los gastos médicos de su hijo. Le insistimos que considere la compra del seguro voluntario de accidente para estudiante aunque tenga otra cobertura de salud o médica, porque este plan puede pagar por gastos que no están cubiertos por otros programas de seguro.

La inscripción en el programa voluntario de seguro de accidente para estudiantes es rápida y fácil y ningún estudiante será rechazado o considerado no elegible para esta cobertura de seguro. Simplemente seleccione el límite y el tipo de cobertura deseada y decida si le gustaría complementar el plan de su hijo con cobertura dental o de fútbol.

Para activar esta cobertura de seguro, simplemente llene el formulario de inscripción en la página dos. Envíe por correo el formulario llenado junto con el pago de su prima a nuestra oficina en la dirección que aparece arriba. Si no, para obtener un servicio más rápido puede enviar a nuestra oficina el formulario de inscripción por fax o por correo electrónico junto con la información de su tarjeta de crédito. Una vez que haya completado su inscripción, nuestra oficina le proporcionará su carta de confirmación de cobertura y el kit de reclamos dentro de quince días.

## Seguro Voluntario de Accidente para Estudiante

Compañía de Seguro: United State Fire Insurance Company (Categoría de Tamaño Financiero: XIII (\$1.25 a \$1.5 billones))



Asignado a compañías que en nuestra opinión, tienen una excelente habilidad para satisfacer sus continuas obligaciones con los titulares de las pólizas.

Para el Año Escolar 2008 - 2009



Este folleto sirve sólo como un resumen de la cobertura, sírvase remitirse a la misma póliza (disponible sólo en inglés) para obtener los detalles completos de la cobertura.

Formulario A - Certificado No. US030129

Formulario B - Certificado No. US030130

Formulario C - Certificado No. US030131

<b>PLAN DE ACCIDENTE UNO:</b>	<b>PLAN A</b> <b>\$50.00</b>	<b>PLAN B</b> <b>\$60.00</b>	<b>PLAN C</b> <b>\$70.00</b>
<b>Cobertura Durante el Período Escolar:</b> 1. Asistencia a la Escuela durante los <u>días de escuela regular y el horario escolar regular</u> . 2. Transporte directamente hacia o desde el hogar y la escuela del asegurado, cuando tal horario de viaje no excede de una hora antes o una hora después de las clases escolares regulares. 3. Asistencia a una actividad organizada, auspiciada y supervisada solamente por la escuela y los empleados de la escuela. Esto incluye viajar directamente hacia o desde el lugar de las actividades en un vehículo proporcionado y autorizado por la Escuela para la finalidad expresa del transporte de estudiantes directamente hacia y/o desde la escuela o actividades auspiciadas por la escuela y operada y supervisada únicamente por empleados autorizados de la escuela.			
<b>PLAN DE ACCIDENTE DOS:</b>	<b>PLAN A</b> <b>\$138.00</b>	<b>PLAN B</b> <b>\$181.00</b>	<b>PLAN C</b> <b>\$230.00</b>
<b>Cobertura de 24 Horas:</b> 1. Extensión a Cobertura de 24 horas. 2. La Póliza pagará los beneficios descritos en este Certificado por cualquier Accidente que ocurra a una Persona Cubierta: (1) Mientras esté cubierto por este Certificado; e (2) Incluye viaje o vuelo en cualquier Avión solamente como un pasajero con boleto de vuelo. 3. Esta cobertura está sujeta a todas las exclusiones listadas en este Certificado. Los beneficios que se convierten en pagaderos debido a esta cobertura serán reducidos por beneficios pagados debido a otras coberturas de riesgos.			
<b>OPCIÓN DE SUPLEMENTO:</b>	<b>PLAN A</b> <b>\$12.00</b>	<b>PLAN B</b> <b>\$12.00</b>	<b>PLAN C</b> <b>\$12.00</b>
<b>Suplemento Dental:</b> <i>(Sólo se puede adquirir como un suplemento de la Cobertura de Tiempo en la Escuela o la Cobertura de 24 Horas)</i> <b>Incrementa el límite de cobertura dental de \$5,000. a \$25,000.</b>			
Si el formulario de inscripción llenado y el pago completo son procesados por Bridge Norena & Associates dentro de 15 días calendario de la fecha en que las escuelas empiezan las clases programadas regularmente para el año escolar 2008-2009 (la "Fecha de Inicio de Clases en la Escuela"), la cobertura para el plan uno, el plan dos y el suplemento dental será vigente a las 12:01 a.m. en la fecha que es lo más pronto de (a) la Fecha de Inicio Escolar, y (b) 1º de julio de 2008. Si el formulario de inscripción llenado y el pago completo no son procesados por Bridge Norena & Associates dentro de 15 días calendarios de la Fecha de Inicio Escolar, la cobertura será vigente a las 12:01 a.m. en la fecha que es un día hábil después de el formulario y el pago completo son procesados por Bridge Norena & Associates. La cobertura termina a las 12:01 a.m. en la fecha que es anterior a (i) el día que la escuela empieza regularmente las clases programadas para el año escolar 2009-2010, y (ii) el 1º de julio de 2009.			
<b>OPCIÓN DE SUPLEMENTO:</b>	<b>PLAN A</b> <b>\$137.00</b>	<b>PLAN B</b> <b>\$175.00</b>	<b>PLAN C</b> <b>\$278.00</b>
<b>Cobertura de Fútbol de Escuela Secundaria:</b> <i>(Sólo se puede adquirir como un suplemento de la Cobertura de Tiempo en la Escuela o la Cobertura de 24 Horas)</i> Amplía la cobertura del tiempo en la escuela o la cobertura de 24 horas para <b>incluir el Fútbol</b> . Si el formulario de inscripción llenado y el pago completo son procesados por Bridge Norena & Associates dentro de 15 días calendario del primer día oficial de práctica de fútbol escolar de 2008 (la "Fecha de Inicio del Fútbol"), la cobertura de fútbol será vigente a las 12:01 a.m. en la fecha que sea más temprana de (a) la Fecha de Inicio del Fútbol, y (b) 1º de julio de 2008. Si el formulario de inscripción llenado y el pago completo no son procesados por Bridge Norena & Associates dentro de 15 días calendario de la Fecha de Inicio Football, la cobertura será vigente a las 12:01 a.m. en la fecha que es un día hábil después que el formulario de inscripción y el pago completo son procesados por Bridge Norena & Associates. La cobertura termina a las 12:01 a.m. en la fecha que es primero (i) el primer día oficial de la práctica de fútbol de 2009, y (ii) el 1º de julio de 2009.			
-----RECORTE AQUI-----			
<b>PASO UNO: Llene el Formulario de Inscripción</b>			
Nombre de la Escuela: _____			
Grado _____ Fecha Rcvd: ____/____/____ <input type="checkbox"/> <u>Hombre</u> <input type="checkbox"/> <u>Mujer</u> Fecha de nacimiento: ____/____/____			
Nombre del Estudiante: _____ No. de Seguro Social _____			
Padre o Guardián: _____			
Dirección: _____			
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal _____			
No. de Teléfono: _____ No. de Fax: _____ Dirección de correo electrónico: _____ @ _____			
(por favor escriba en letra de imprenta toda la información)			
<b>PASO DOS: Seleccione la cobertura deseada</b>		<b>PASO TRES: Remita el pago a: BRIDGE NORENA &amp; ASSOCIATES INSURANCE.</b>	
<b>PLAN DE ACCIDENTE</b>		<b>Pago por correo:</b> 23945 Calabasas Road, #210, Calabasas, Ca 91302	
	<b>A</b> <b>B</b> <b>C</b>	<input type="checkbox"/> <b>Cheque Personal</b> <input type="checkbox"/> <b>Giro Postal</b> <input type="checkbox"/> <b>Tarjeta de Crédito</b> (sólo visa y mastercard)	
1. Período Escolar	<input type="checkbox"/> \$50.00 <input type="checkbox"/> \$60.00 <input type="checkbox"/> \$70.00	Opciones de Pago: No. de Cheque _____	
2. 24 Horas	<input type="checkbox"/> \$138.00 <input type="checkbox"/> \$181.00 <input type="checkbox"/> \$230.00	Cantidad Adjunta: \$ _____	
<b>SUPLEMENTO</b>		Nombre en el cheque: _____	
	<b>A</b> <b>B</b> <b>C</b>	<b>Pago por fax o Correo electrónico:</b> 818-225-7029, 818-225-7737 o	
1. Dental	<input type="checkbox"/> \$12.00 <input type="checkbox"/> \$12.00 <input type="checkbox"/> \$12.00	Contact@bridgenorena.com	
2. Fútbol de escuela secundaria	<input type="checkbox"/> \$137.00 <input type="checkbox"/> \$175.00 <input type="checkbox"/> \$278.00	<input type="checkbox"/> <b>Tarjeta de Crédito</b> (solamente)	
<b>CANTIDAD TOTAL ADEUDADA: \$</b>		Fecha de Vencimiento: ____/____/____ Código de Validación: _____	
<b>NO ENVÍE DINERO EN EFECTIVO</b>		Nombre del Titular de la Tarjeta: _____	
		Dirección de Facturación: _____	
		Ciudad _____ Estado: _____ Código Postal: _____	
		Número de Teléfono: ( ) _____ <b>NO ENVÍE DINERO EN EFECTIVO</b>	

¿Preguntas? 818-225-1627, 323-872-3831 / Correo electrónico: contact@bridgenorena.com. **AVISO IMPORTANTE:** Los cheques devueltos por falta de fondos suficientes están sujetos a un cargo de \$27.00. El certificado emitido al titular de la póliza estará sujeto a una cancelación lisa y llana hasta que Bridge Norena & Associates reciba y procese un giro postal dentro de 10 (diez) días hábiles. De otra manera, se emitirá un nuevo certificado y éste será vigente en la fecha que Bridge Norena & Associates reciba el pago completo.

Límites de los Beneficios Totales	Plan A	Plan B	Plan C
Beneficio Médico Máximo (Período Escolar o Planes de 24 horas)	\$50,000	\$100,000	\$250,000
Beneficio Opcional para el Fútbol de Escuela Secundaria	\$25,000	\$25,000	\$25,000
Beneficio Opcional por Lesión Dental	\$25,000	\$25,000	\$25,000
Lesiones en Vehículos Automotores	\$5,000	\$5,000	\$5,000
Beneficio por Muerte	\$5,000	\$5,000	\$5,000
Beneficio por Desmembramiento	\$10,000	\$10,000	\$10,000
<b>Servicios en Hospital / Instalación Médica - Paciente Interno</b>			
Habitación y Alimentación en el Hospital: Habitación Semi Privada	\$250 por día	\$300 por día	\$500 por día
Cuidados Intensivos de un Hospital (cuando el internamiento en el hospital requiere de una estadía médicamente necesaria en la unidad de cuidados intensivos)	\$500 por día, 3 días máximo	\$500 por día, 3 días máximo	\$1,000 por día, 3 días máximo
Gastos Varios de Hospital: No están cubiertos bajo otro beneficio)	\$250 por día	\$300 por día	\$500 por día
<b>Servicios de Hospital / Instalación Médica - Paciente Externo</b>			
Paciente Externo de Hospital / Tratamiento en Sala de Emergencias: Incluye tarifa por uso de instalaciones, honorarios de Médicos, y suministros	\$375 por día	\$375 por día	\$750 por día
Instalación de Cirugía Ambulatoria fuera de una Sala de Emergencias	\$250 por día	\$250 por día	\$500 por día
<b>Servicios del Médico</b>			
Gastos del Cirujano: Gastos para el Médico que realiza una operación quirúrgica a un paciente Interno o Externo.	70% del Cobro usual, razonable y acostumbrado (UR&C) que no exceda de \$1,500	70% del Cobro usual, razonable y acostumbrado (UR&C) que no exceda de \$1,500	80% del Cobro usual, razonable y acostumbrado (UR&C) que no exceda de \$2500
Gastos del Cirujano Auxiliar: Sólo si el Gasto del Cirujano es pagado	25% del Gasto del Cirujano	25% del Gasto del Cirujano	25% del Gasto del Cirujano
Gastos del Anestesiista: Sólo si el Gasto del Cirujano es pagado	25% del Gasto del Cirujano	25% del Gasto del Cirujano	25% del Gasto del Cirujano
Tratamiento de Fisioterapia por Médico para Paciente Externo: Manipulación de la espina dorsal o fisioterapia para pacientes externos, si se requiere el tratamiento para una pérdida cubierta	\$35 primera visita; \$25 por cada visita subsiguiente, máximo de 5 visitas	\$40 primera visita; \$25 por cada visita subsiguiente, máximo de 5 visitas	\$50 primera visita; \$25 por cada visita subsiguiente, máximo de 5 visitas
Tratamiento de Fisioterapia por Médico para Paciente Interno: Manipulación de la espina dorsal o fisioterapia para pacientes internos, si se requiere el tratamiento para una pérdida cubierta	10 días	10 días	20 días
Tratamiento por Médico para Paciente Externo: Visitas de Paciente Externo que requieren de un Médico que no sea un Cirujano, excepto para Fisioterapia o manipulación de la espina dorsal	\$35 primera visita; \$25 por cada visita subsiguiente, máximo de 5 visitas	\$40 primera visita; \$25 por cada visita subsiguiente, máximo de 5 visitas	\$50 primera visita; \$25 por cada visita subsiguiente, máximo de 5 visitas
Médicos de Consulta: Segundas opiniones	\$50	\$50	\$100
<b>Otros Servicios</b>			
Servicios de Enfermeras Registradas: Excepto por servicios de enfermería provistos relacionados con Anestesiología	Cobro usual, razonable y acostumbrado (UR&C)	Cobro usual, razonable y acostumbrado (UR&C)	Cobro usual, razonable y acostumbrado (UR&C)
Pruebas de Laboratorio - Paciente Externo: Por indicación de un médico	\$100	\$100	\$250
Medicamentos Recetados - Paciente Externo: Dispensados por un farmacéutico licenciado por instrucciones de un médico; no incluye los dispositivos mecánicos	\$100	\$100	\$100
Radiografías - Paciente externo: Por indicación de un médico, incluye interpretación	70% del Cobro usual, razonable y acostumbrado (UR&C) que no exceda de \$200	70% del Cobro usual, razonable y acostumbrado (UR&C) que no exceda de \$200	70% del Cobro usual, razonable y acostumbrado (UR&C) que no exceda de \$250
Pruebas de Imágenes para Diagnóstico - Paciente Externo: Por indicación de un médico; incluye Imagen de Resonancia Magnética (MRI) y Tomografías computarizadas (Cat Scan) y su interpretación	70% del Cobro usual, razonable y acostumbrado (UR&C) que no exceda de \$200	70% del Cobro usual, razonable y acostumbrado (UR&C) que no exceda de \$200	70% del Cobro usual, razonable y acostumbrado (UR&C) que no exceda de \$250
Gasto de Ambulancia: Un viaje por Lesión desde el lugar del Accidente	Cobro usual, razonable y acostumbrado (UR&C) por tierra; \$500 por aire	Cobro usual, razonable y acostumbrado (UR&C) por tierra; \$500 por aire	Cobro usual, razonable y acostumbrado (UR&C) por tierra; \$1,000 por aire
Aparatos Ortopédicos y Aparatos Médicos: Por indicación del Médico	\$100	\$100	\$200
Tratamiento Dental: Por Lesión a dientes sanos y naturales	\$200 por diente hasta \$5,000	\$200 por diente hasta \$5,000	\$300 por diente hasta \$10,000
Reemplazo de Anteojos, Audífonos y Lentes de Contacto: Sólo cuando el tratamiento médico por la Lesión está cubierto	\$100	\$100	\$200

### Exclusiones:

No se pagarán los beneficios por una pérdida de una Persona Cubierta que:

-1 Que sean causadas o el resultado de una acción propia de la Persona Cubierta, como por ej.: (A) Lesión auto infligida intencionalmente, suicidio o cualquier intento de lo mismo. (En Missouri esto se aplica sólo cuando está sano.); (B) La auto administración voluntaria de cualquier fármaco o sustancia química que no ha sido recetada o tomada de acuerdo a las instrucciones de un médico (No se excluye la ingestión accidental de una sustancia tóxica.); (C) La realización o intento de realizar un crimen; (D) La participación en un motín o insurrección; (E) Conducir bajo la influencia de una sustancia controlada salvo que haya sido administrada por recomendación de un médico; o; (F) Conducir mientras está Intoxicado. El término "Intoxicado" tendrá el significado determinado por las leyes en la jurisdicción del área geográfica donde ocurre la pérdida;

-2 Es causada por o el resultado de: (A) Guerra o acto de guerra declarada o no declarada; (B) un Accidente que ocurre mientras la Persona Cubierta está en el servicio activo de las Fuerzas Armadas. (No se excluye el servicio activo para entrenamiento en la Reserva o Guardia Nacional salvo que se extienda por un periodo mayor de 31 días.); (C) La Aviación salvo lo dispuesto específicamente en el presente Certificado; (D) Enfermedad, dolencia física o mental, o tratamiento médico o quirúrgico de las mismas, infección bacterial o viral sin importar cómo se contrajo. Esto no incluye la infección bacterial que es el resultado natural y previsible de una lesión física externa accidental o de una intoxicación accidental; (E) una reacción nuclear o la irradiación de energía nuclear. Sin embargo, esta exclusión no se aplica si la pérdida se sufre en un periodo de 180 días desde el incidente inicial y fue causada por fuego, calor, explosión u otro trauma físico que fue resultado de la irradiación de energía nuclear; y: La Persona Cubierta estaba dentro de un radio de 25 millas del lugar de la irradiación ya sea: Al momento de la irradiación; o 2) Dentro de las 24 horas del inicio de la irradiación.

### Exclusiones Adicionales:

Los beneficios no serán pagados por:

1. Cuidados o tratamiento dental fuera del cuidado de dientes y encías sanas y naturales que se requieran a cuenta de una Lesión resultante de un Accidente mientras la Persona Cubierta está cubierta bajo este Certificado y se ha realizado en un plazo de seis meses del Accidente;
2. Servicios o tratamiento brindado por un médico, enfermera o cualquier otra persona que sea: (A) Empleada o contratada por el titular del Certificado; o (B) La Persona Cubierta o un miembro de su familia inmediata;
3. Cargos que: (A) La Persona Cubierta no tendría que pagar si no tuviera seguro; o (B) Son en exceso de los cargos Usuales, Razonables y Acostumbrados.
4. Una Lesión que es causada por volar en: (A) Un avión excepto como un pasajero con boleto de vuelo; (B) Una nave espacial o cualquier otra nave diseñada para la navegación por encima o más allá de la atmósfera terrestre; o (C) Vuelo en ala delta (hang gliding) ultra ligera, paracaídas o saltar en cuerda banyl
5. Viajar en o sobre: (A) una moto de nieve; (B) Cualquier vehículo automotor de dos o tres ruedas; (C) Cualquier vehículo automotor de uso fuera de caminos que no requiera licencia como un vehículo automotor;
6. Todo accidente donde la Persona Cubierta es el operador de un vehículo automotor y que no posea una licencia de conductor actualizada y válida del vehículo automotor;
7. Que parte del gasto médico sea pagadero por una póliza de seguro automovilístico sin considerar la culpa. (No se aplica en cualquier estado donde esté prohibido);
8. Una Lesión que es: (A) Resultado de que la Persona Cubierta esté Intoxicada. ("Intoxicado" tendrán significado determinado por las leyes en la jurisdicción del área geográfica donde ocurre la pérdida); o (B) Causado por cualquier narcótico, droga, veneno, gas, o emanaciones voluntariamente tomadas, administradas, absorbidas o inhaladas, salvo que sean recetadas por un médico;
9. Toda enfermedad, excepto una infección que ocurra como causa directa de una cortadura o herida accidental, o pruebas o tratamientos de diagnóstico, o la ingestión de alimentos contaminados;
10. Toda lesión que resulte de la participación o práctica del fútbol;
11. Gastos en la medida que sean pagaderos o pagados bajo otro seguro de grupo válido y cobrable o plan médico de prepago;
12. Sangre o plasma sanguínea excepto por los cargos de un Hospital para el procesamiento o administración de la sangre;
13. Tratamiento o cirugía electiva, tratamientos de salud o pruebas donde no está involucrada ninguna Lesión;
14. Lesiones ocurridas mientras está al servicio de las fuerzas armadas de cualquier país. Cuando la Persona Cubierta ingresa a las fuerzas armadas de un país le reembolsaremos a pedido la prima prorata no devengada;
15. Anteojos, lentes de contacto, audífonos, aparatos ortopédicos, dispositivos o exámenes o recetas médicas respectivas;
16. Tratamiento en cualquier Hospital Federal o de la Administración de Veteranos, excepto si existe una obligación legal de pagar;
17. Tratamiento de enfermedades de la articulación temporomandibular (TMJ, por sus siglas en inglés) que involucran la instalación de coronas, púnticos, puentes o linderos, o la instalación, mantenimiento o remoción de aparatos de ortodoncia o de oclusión o terapia de equilibrio;
18. Cirugía cosmética, excepto por cirugía de reconstrucción en una parte enferma o lesionada del cuerpo;
19. Toda pérdida que esté cubierta por un seguro de accidentes de trabajo federal o estatal, seguro de responsabilidad civil de empleadores, ley de enfermedades ocupacionales o leyes similares;
20. La reparación o sustitución de extremidades artificiales existentes, aparatos ortopédicos o dispositivos ortóticos;
21. La reparación o sustitución de dentaduras existentes, dentaduras parciales, aparatos ortopédicos o puentes fijos o desmontables;
22. Servicios y suministros proporcionados por la Enfermería de Estudiantes, sus empleados o los médicos que trabajan para la Escuela;
23. Gastos incurridos por un Accidente luego del Período de Beneficio indicado en el Programa de Beneficios; o una hernia de cualquier naturaleza; o cualquier infección por bacterias que no fue causada por una cortadura o herida accidental.

### Limitaciones

Todos los beneficios pagaderos en virtud del presente Certificado estarán limitados por lo siguiente:

-1 Los beneficios médicos que de otra forma sean pagaderos bajo este Certificado serán reducidos en un 50% si: (A) El seguro de exceso de siniestros es provisto bajo este Certificado; y (B) La Persona Cubierta tiene cobertura bajo otro plan que brinda beneficios por gastos médicos; y (C) El otro plan es un HMO, PPO o arreglo similar ("PPO Organización de Proveedor Preferencial" significa una organización que ofrece servicios de atención de la salud a través de proveedores designados de atención de la salud que acuerdan realizar estos servicios por tarifas inferiores a las de los proveedores no preferenciales.); y (D) La Persona Cubierta no utiliza las instalaciones y servicios del HMO, PPO o arreglo similar para el suministro de beneficios.

La limitación de la Persona Cubierta no se aplica a los tratamientos de emergencia necesarios en un plazo de 24 horas luego de un Accidente que ocurre afuera del área geográfica atendida por el HMO, PPO o arreglo similar.

-2 La aplicación de la disposición de Coordinación de Beneficios o la No Duplicación de Beneficios.

*Formulario A – Certificado No. US007755*

*Formulario B – Certificado No. US007756*

*Formulario C – Certificado No. US007757*

En el caso de una reclamación por favor asegúrese de: 1. Llenar su formulario de reclamación de accidente estudiantil. 2. Enviar por fax, correo electrónico o correo regular el formulario llenado a: Bridge-Norena & Associates., 23945 Calabasas Road, Suite #210, Calabasas, Ca 91302 (Fax: 818-225-7029, 818-225-7737), (Correo electrónico: Contact@bridgenorena.com). 3. Envíe por correo, correo electrónico o fax todas las cuentas médicas a Bridge Norena & Associates (Asegúrese de que todas las cuentas médicas estén organizadas por ítem, para su procesamiento inmediato).