



PESI

Professional Exam Services Inc.

2233 E. Grauwlyer Road, Ste 107
Irving, TX 75061
Ph: (972)659-1235
Fax: (972)223-2626
www.professionalexamservices.com

CONSENTIMIENTO PARA LOS EXÁMENES

Por favor, lea las siguientes instrucciones (o pida que alguien se las lea):

El neuropsicólogo tiene la necesidad de hacerle preguntas y por eso le pide llevar estos formularios para ver cómo se siente hoy. Mientras que las preguntas frecuentemente son muy íntimas, sus respuestas ayudarán a los médicos a entender como su dolor y/o lesión le han impactado la vida.

Por favor conteste las preguntas sinceramente y verdaderamente. Usted tiene el derecho de no contestar cualquier pregunta que no quiera contestar. El neuropsicólogo y el psicólogo que escriba su reporte serán los únicos que verán sus respuestas a las preguntas. Los resultados de esta evaluación serán interpretados por el neuropsicólogo y/o un psicólogo autorizado y su médico de cabecera recibirá un reporte para ayudarlo con la planificación de su tratamiento. Si usted tiene cualquier pregunta con respecto a esta evaluación, puede solicitar hablar con el neuropsicólogo.

Si usted está de acuerdo con las condiciones mencionadas anteriormente y favor de firmar este formulario:

Con mi firma doy mi consentimiento libremente para que se me administre una serie de exámenes psicológicos y/o neuropsicológicos, y/o evaluación psicológica y/o neuropsicológica y/o para participar en el tratamiento psicológico y/o neuropsicológico. Entiendo que el propósito de la evaluación es para evaluar varias funciones psicológicas cuales pueden incluir funciones cognitivas, el grado de mis síntomas y mi adaptación emocional. Entiendo que estos exámenes tienen el propósito de llegar a conclusiones sobre mis funciones cerebrales, sobre mi adaptación emocional, sobre el grado del impacto de dichos sobre mi funcionamiento, sobre mi funcionamiento psicológico en mis actividades cotidianas y otros aspectos de mi vida.

Firma del paciente

Fecha

Firma del examinador o testigo

Fecha

NOTAS: _____

Autorización para Divulgar Información Médica y Asignación de Beneficios Médicos de Compensación de Trabajadores

Yo, _____, doy consentimiento y autorización a cualquier médico, hospital, centro médico o seguro médico de proporcionar mi información médica privada al neuropsicólogo, por copia, por fax o electrónicamente para el propósito de hacer una evaluación psicológica y/o neuropsicológica.

Asimismo, autorizo la divulgación de mis expedientes médicos al seguro médico, a mi médico de cabecera, a otros proveedores médicos, y a la División de Compensación de Trabajadores según las reglas para el propósito del tratamiento. Por la presente autorizo la asignación de beneficios de mi seguro médico para el pago de los servicios y procedimientos establecidos.

Nombre del Paciente: _____

SS #: _____

Fecha de nacimiento: _____

Firma del paciente

Fecha

Nombre del examinador o testigo

Fecha

Firma del examinador o testigo

Fecha

CONSENTIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA/NEUROPSICOLÓGICA

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Favor de leer cada frase cuidadosamente antes de poner sus iniciales al lado de cada frase:

1. El neuropsicólogo o su asistente me ha explicado en persona el propósito y características de esta evaluación. Él me ha explicado que esta evaluación tiene el propósito de proveer asistencia en un asunto médico y/o legal. Mi firma en este formulario significa que entiendo la razón para esta evaluación y que estoy de acuerdo con ella. Entiendo que la evaluación es independiente y que el neuropsicólogo ya ha sido o posiblemente puede ser retenido como testigo experto.
2. El neuropsicólogo me ha explicado que al terminar esta evaluación, él preparará un reporte por escrito sobre mi funcionamiento psicológico y/o neuropsicológico presente, escribirá un reporte, con antecedentes médicos / psiquiátricos / psicológicos, (posiblemente incluyendo el SIDA / VIH de estado y el uso de drogas), ofrecerá su opinión profesional (s) sobre mi aptitud psicológica para el servicio, mi condición psicológica, y/o mi funcionamiento neuropsicológico incluso si puedo o no puedo constituir peligro para la seguridad de mí mismo o para los demás. Esta información se compartirá con la persona que está solicitando esta evaluación y puede formar parte de un expediente judicial público. Asimismo, se me ha explicado que la divulgación de los resultados de mi evaluación a otra entidad, y los resultados de la evaluación (dependiendo de la naturaleza de esta evaluación) podría tener un impacto en mis intereses financieros, jurídicos, laborales u otros intereses. El neuropsicólogo no puede especificar la naturaleza exacta de cuáles serían las consecuencias potenciales.
3. El neuropsicólogo me ha explicado que no tengo que contestar preguntas cuales encuentre demasiado dolorosas, aunque él puede pedirme mis razones y registrarlas en el informe. Esto podría tener un impacto adverso sobre mis intereses en maneras que el neuropsicólogo no puede razonablemente prever. Las preguntas planteadas el día de hoy pueden ser de naturaleza personal. Se me pueden dar una o más pruebas psicológicas / neuropsicológicas para que el neuropsicólogo pueda formar su opinión. Estas pruebas pueden ser angustiantes. El neuropsicólogo me ha informado sobre esta posibilidad. Se me ha informado notificar al neuropsicólogo y/o llamar a mi médico tratante si me angustian demasiado.
4. El neuropsicólogo no me está tratando. El único propósito del servicio que él me presta hasta hoy es hacerme una evaluación para determinar mi estado neuropsicológico/psicológico. El neuropsicólogo no está formando una relación médico / paciente conmigo.

5. El neuropsicólogo me ha dicho que él podría tener un "deber de advertir" si se da cuenta de que tengo la intención de infligir daños corporales graves a una persona o personas específicas, y tiene el deber de proteger a los blancos previsto (s), que puede incluir alertar a los agentes de la ley, y podría implicar advertir a la posible víctima directamente. Pueden existir circunstancias en las cuales el neuropsicólogo podría ser requerido divulgar información sin mi consentimiento, tales como el abuso / negligencia de niños o adultos vulnerables, contacto sexual entre mí y un profesional de salud mental que me haya atendido anteriormente, órdenes judiciales, el cumplimiento de las leyes estatales y / o federales, reglas o regulaciones, acciones disciplinarias, profesionales, etc.
6. Yo normalmente tendría el derecho de acceso a cierta información, oral y escrita, registros e informes relativos a mi persona que han sido o están siendo creados por el neuropsicólogo. Sin embargo, entiendo y acepto que estoy voluntariamente renunciando a cualquier derecho de acceso que de otro modo podría haber tenido como condición para la obtención de los servicios de evaluación independientes que se prestan por el neuropsicólogo.
7. Además, entiendo y estoy de acuerdo que el neuropsicólogo podrá, en la medida permitida por la ley, norma, reglamento u orden aplicable, rechazar cualquier solicitud o demanda de acceso a copias de alguna de la información, documentos e informes relativos a mí que han sido creados u obtenidos por el neuropsicólogo, incluso si la solicitud o demanda es hecha por o en mi nombre. El neuropsicólogo cumplirá con cualquier ley, norma, reglamento u orden que requiere la divulgación de la información, informes y documentos, a pesar de que he renunciado mi derecho de acceso a los mismos.
8. Además, entiendo que estoy renunciando mis derechos bajo la ley HIPAA y Ley del Estado en relación con la confidencialidad y la transmisión de mi información, documentos e informes. Entiendo que el informe se proporcionará a los abogados o representantes de reclamaciones y demandantes como parte de una demanda. En caso de lo contrario, el neuropsicólogo está de acuerdo en seguir todas las leyes pertinentes del Estado y de la Ley Federal para proteger la confidencialidad de este informe. De otra manera la información no será puesta en libertad sin permiso expreso de los clientes.
9. Yo no he sido "entrenado" en cuanto a la forma de realizar estas pruebas por mis abogados o por cualquier otro partido y no he discutido estas pruebas o cómo contestar en tal evaluación con nadie. No he tratado de aprender algo acerca de estas pruebas que me permitirían alterar los resultados de mi examen o invalidarlas. No he accedido al Internet para aprender información sobre estas pruebas.
10. Acepto que partes de mi examen serán grabadas en audio o en vídeo y que mi fotografía será tomada. Estos pueden ser incluidos en mi informe. Sin embargo, no puedo subrepticamente (secretamente) grabar audio o video ninguna parte de este examen y entiendo que ningún observador de tercera parte puede observar este examen. Estoy de acuerdo en que un estudiante observe o participe en esta evaluación.
11. Entiendo que los "datos brutos" de las pruebas (los formularios de las prueba) producidos el día de hoy sólo se pueden liberar a otro psicólogo y que las protecciones de derechos de autor y las leyes del estado y las leyes federales no

permitan su liberación general. Sin embargo, una copia de este informe será proporcionada a mi abogado si así lo solicita.

12. Un facsímil (copia) de este documento deberá ser considerado tan válido como el original.

Firma del Interesado

Fecha

Firma del Examinador / Testigo

Fecha