



PESI

Professional Exam Services, Inc.

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

Esta información es estrictamente confidencial y está destinada sólo para la persona a quien va dirigida. Ninguna responsabilidad puede ser aceptada si se pone a disposición de otra persona. Todos los estatutos federales y estatales (incluyendo HIPAA) se aplican. Multas y / o sanciones penales pueden acompañar la violación de estas reglas.

FORMAS de EVALUACIÓN NEUROPSICOLOGICA

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

SUS RESPONSABILIDADES CON RESPECTO A ESTE FORMULARIO:

- CONTESTAR TODAS LAS PREGUNTAS
- SI TIENE ALGUNA PREGUNTA, POR FAVOR PREGUNTE
- NO DEJE EN BLANCO NINGUNA PREGUNTA
- ESCRIBA SUS INICIALES EN CADA PAGINA

Con mi firma doy a entender que entiendo y estoy de acuerdo con lo anterior.

Nombre

Fecha

Si usted no es un candidato para una evaluación neuro/psicológica, no debe de llenar este formulario.

Gracias!

Historia breve de la lesión

NOMBRE: _____ FECHA: _____

FECHA DE LA LESIÓN: _____ EDAD CUANDO SE LESIONÓ: _____

Favor de describir como ocurrió la lastimadura en sus propias palabras (*puede seguir al revés de esta hoja si es necesario*):

¿Perdió el conocimiento? **SÍ o NO** Si marcó Sí,
¿Por cuánto tiempo aproximadamente? _____

¿Estaba usted desorientado/aturdido? **SÍ o NO**
Si marcó sí, ¿Por cuánto tiempo aproximadamente? _____

¿Cuál fue su última memoria antes del accidente o lesión? _____

¿Cuál fue su primera memoria después del accidente o lesión? _____

¿Qué síntomas experimentó inicialmente? _____

En general, ¿Sus síntomas han mejorado, empeorado o se han mantenido igual? _____

Actualmente, ¿Cuáles son sus mayores preocupaciones/quejas? _____

¿Alguien fue testigo de su accidente o lesión? **SÍ o NO** Si marcó Sí, ¿Quién fue? _____

¿Vino alguna ambulancia? **SÍ o NO**

¿Fue a una Sala de Emergencia? **SÍ o NO** Si marcó Sí, ¿A cuál fue? _____

¿Usted fue hospitalizado/a? **SÍ o NO** Si marcó Sí, ¿Por cuánto tiempo? _____

¿Usted se realizó algún examen de imagen en su cabeza/cerebro?

MRI

CT

Otro

Ninguno

No se

Si marcó uno, ¿Cuándo y cuáles fueron los resultados? _____

¿Usted ha visto a un neurólogo desde que se lesionó? **SÍ** o **NO**

Si marcó Sí, Por favor especifique el nombre y los tratamientos que recibió:

¿Usted ha recibido algún otro tratamiento asociado con esta lesión (e.g., consejería, TF)? **SÍ** o **NO**

Si marcó Sí, Por favor especifique el tipo y frecuencia:

¿Usted ha recibido alguna evaluación por un psicólogo/a o neuropsicólogo/a antes de esta evaluación?

SÍ o **NO**

Si marcó Sí, ¿Quién realizó esta evaluación y cuál fue el diagnóstico?

¿Está usted solicitando para beneficios por incapacidad como resultados de esta lesión? **SÍ** o **NO**

¿Usted contrato y está viendo a un/a abogado/a para esta lesión? **SÍ** o **NO**

NOMBRE/OFICINA DE ABOGADO: _____

TELÉFONO: _____ FAX: _____

¿Usted está involucrado/a en algún otro caso legal? **SÍ** o **NO**

Si marcó Sí, por favor especifique: _____

¿Está usted solicitando para beneficios por incapacidad como resultados de esta lesión? **SÍ** o **NO**

Persona que completo este formulario: Paciente ____ Esposo/a ____ Padres ____ Otros

Fecha en que se completó este formulario: _____

HISTORIAL GENERAL

Nombre del/a Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: ____ Sexo: ____ Raza: _____ Estado civil: _____

Dirección: _____ SS#: _____

Teléfono #: _____ Correo electrónico: _____

¿Lesionado/a mientras trabajaba? (Worker's Comp) No ____ Sí ____ Fecha de la Lesión: _____

Empleador (cuando se lesionó): _____ Posición/Título de trabajo: _____

¿Lesionado en un accidente? No ____ Sí ____ Causa _____ Fecha _____

¿Solicitando/Solicitó para incapacidad? No ____ Sí ____ ¿Aprobado? ____ ¿Denegado? ____ Fecha: _____

¿Está representado/a por un abogado? No ____ Sí ____ Nombre del Abogado _____

¿Qué Doctor lo refirió aquí? _____

¿Quién es el/la Doctor/a que lo/a trata (si es diferente)? _____

Brevemente explique su preocupación principal o problema que lo/a trae por aquí en el día de hoy y porque su Doctor solicitó esta evaluación.

¿Problemas cognoscitivos en específico (atención, problema con su memoria, etc.)? No ____ Sí ____ (descríbelos)

¿Cuándo comenzaron estos problemas? _____

Comenzaron de forma: Abruptamente ____ Gradualmente ____

Han: Mejorado ____ Empeorado ____ Quedado ____ Igual ____

¿Usted u otra persona han notado cambios en su:

¿Memoria? No ____ Sí ____ (explique) _____

¿Habla? No ____ Sí ____ (explique) _____

¿Apariencia? No ____ Sí ____ (explique) _____

¿Animo o personalidad? No ____ Sí ____ (explique) _____

Movimientos o funcionamiento motor? No ____ Sí ____ (explique) _____

Historial Médico:

¿Conoce usted si su madre tuvo alguna complicación durante su embarazo?

No ____ Desconozco ____ Sí ____ (explique) _____

¿Conoce si usted nació prematuramente o tuvo alguna complicación al momento de su nacimiento?

No ____ Desconozco ____ Sí ____ (explique) _____

¿Conoce si tuvo algún problema durante su desarrollo en la infancia?

No ____ Desconozco ____ Yes ____ (explique) _____

Información de tus padres:

Nivel de educación más alto de su madre: _____ Ocupación: _____

Problemas médicos/psiquiátricos: _____

Nivel de educación más alto de su padre: _____ Ocupación: _____

Problemas médicos/psiquiátricos: _____

¿Alguna vez ha tenido?

EEG No ____ Sí ____ Fecha o Edad ____ Resultados _____

CT scan No ____ Sí ____ Fecha o Edad ____ Resultados _____

MRI scan No ____ Sí ____ Fecha o Edad ____ Resultados _____

PET scan No ____ Sí ____ Fecha o Edad ____ Resultados _____

SPECT scan No ____ Sí ____ Fecha o Edad ____ Resultados _____

Spinal Tap No ____ Sí ____ Fecha o Edad ____ Resultados _____

Evaluación Psicológica No ____ Sí ____ Fecha o Edad ____ Por quien: _____

Evaluación Neuropsicológica No ____ Sí ____ Fecha o Edad ____ Por quien: _____

¿Alguna vez ha tenido?

Cirugía en el Cerebro No ____ Sí ____ Edad ____ Tipo/Lugar, si lo conoce: _____

Meningitis No ____ Sí ____ Edad ____

Encefalitis No ____ Sí ____ Edad ____

Cáncer No ____ Sí ____ Edad ____ Tipo/Lugar, si lo conoce: _____

Alta presión en la Sangre No ____ Sí ____ Edad ____

Baja presión en la Sangre No ____ Sí ____ Edad ____

Enfermedad del Corazón No ____ Sí ____ Edad ____

Ataque Cardíaco No ____ Sí ____ Edad ____

Diabetes No ____ Sí ____ Edad ____ Tipo, si lo conoce: _____

Esclerosis Múltiples No ____ Sí ____ Edad ____ Tipo, si lo conoce: _____

¿Alguna vez ha tenido?

Enfermedad de Parkinson No ___ Sí ___ Edad ____

Una fiebre de 104 grados o más No ___ Sí ___ Edad ____ (Explique: _____)

Perdida del Conocimiento / Coma No ___ Sí ___ Edad ____ (Explique: _____)

Lesión en la Cabeza No ___ Sí ___ Edad ____ (Describa en la próxima sección)

Convulsiones No ___ Sí ___ Edad ____ (Describa en la próxima sección)

Respiración de CPR/artificial No ___ Sí ___ Edad ____

Fibromialgia No ___ Sí ___ Edad ____

Fatiga Crónica No ___ Sí ___ Edad ____

Lupus No ___ Sí ___ Edad ____

Dolor Crónico No ___ Sí ___ Edad ____

Apnea del sueño No ___ Sí ___ Edad ____

Enfermedad de Lyme No ___ Sí ___ Edad ____

Fiebre de las Montañas Rocosas No ___ Sí ___ Edad ____

Artritis No ___ Sí ___ Edad ____ (Explique: _____)

Enfisema No ___ Sí ___ Edad ____

Anemia No ___ Sí ___ Edad ____

Envenenamiento por Plomo u otros venenos No ___ Sí ___ Edad ____ (Explique: _____)

Dolor de Cabeza por Migrañas No ___ Sí ___ Edad ____

Dolor de Cabeza por Tensión No ___ Sí ___ Edad ____

Problemas de Visión No ___ Sí ___ Edad ____

¿Usted usa gafas/espeuelos para corregir sus dificultades visuales? No ___ Sí ___ No aplica ___

Cirugía de Catarata No ___ Sí ___ Edad ____ Ambos ___ Izquierdo ___ Derecho ___

Problemas de audición No ___ Sí ___ Edad ____

Temblores No ___ Sí ___ Edad ____

Mareos No ___ Sí ___ Edad ____

Se cae frecuentemente No ___ Sí ___ Edad ____ (Explique: _____)

Problemas del Sueño No ___ Sí ___ Edad ____

Alergias No ___ Sí ___ Edad ____

Asma No ___ Sí ___ Edad ____

Lesión en el brazo, mano o dedos No ___ Sí ___ Edad ____

Otros: _____

Por favor haga una lista de alguna enfermedad médica que padezca: Edad de comienzo/Diagnóstico

Por favor haga una lista de las hospitalizaciones u operaciones que ha padecido: Edad/Año

Medicamentos Actuales y razón para tomarlos:

Dosis (si la conoce)

Medicamentos usados en el pasado por más de 3 meses continuos:

Dosis (si la conoces)

Alguna vez ha tenido una lesión en la cabeza (i.e., concusión, lesión al cerebro, etc.), complete abajo:

Edad al momento de su **primera** lesión en la cabeza: ____ ¿Usted recuerda el actual evento? No ____ Sí ____

Describa su lesión en la cabeza: _____

¿Perdió el Conocimiento? No ____ Sí ____ Duración de su estado inconsciente: _____

¿Cuál fue la última memoria clara antes de la lesión? _____

¿Cuál fue la primera memoria clara después de la lesión? _____

Describa algún tratamiento/medicación que recibió relacionado a esta lesión a la cabeza: _____

Haga una lista de algún síntoma físico que le persiste después de la lesión a la cabeza (i.e. vómitos, visión borrosa o dolores de cabeza): _____

¿Cuánto se tardó en regresar a su "viejo estado" después de la lesión a la cabeza? _____

Si ha tenido más de una lesión a la cabeza, por favor complete esta sección:

Edad al momento de su **segunda** lesión en la cabeza: ____ ¿Usted recuerda el actual evento? No ____ Sí ____

Describa su lesión en la cabeza: _____

¿Perdió el Conocimiento? No ____ Sí ____ Duración de su estado inconsciente: _____

¿Cuál fue la última memoria clara antes de la lesión? _____

¿Cuál fue la primera memoria clara después de la lesión? _____

Describa algún tratamiento/medicación que recibió relacionado a esta lesión a la cabeza: _____

Haga una lista de algún síntoma físico que le persiste después de la lesión a la cabeza (i.e. vómitos, visión borrosa o dolores de cabeza): _____

¿Cuánto se tardó en regresar a su "viejo estado" después de la lesión a la cabeza? _____

Si ha tenido alguna convulsión o tiene convulsiones recurrentes, por favor complete esta sección:

Edad que tuvo su primera convulsión: ____ ¿Cuándo fue su última convulsión?: _____

Describa su convulsión: _____

¿Perdió el conocimiento durante su convulsión? No ____ Parcialmente ____ Completamente ____

¿Cuánto tiempo le toma recuperaras o regresar a la normalidad después de una convulsión? _____

¿Cuán frecuente le ocurren convulsiones (números por día, semanas o mes)? _____

¿Qué medicamentos actualmente toma para sus convulsiones? _____

Salud Mental

¿Alguna vez ha experimentado significativamente sentimientos de ansiedad, depresión, ideación y atentados suicidas o homicidas en el pasado o en el presente?

No ___ Sí ___ (explique brevemente) _____

¿Sus síntomas fueron provocados por causas específicas o incidentes específicos?

No ___ Si ___ (explique brevemente)

¿Alguna vez a recibido una evaluación de salud mental, tratamiento por parte de un consejero/a, trabajador social, psicólogo/a, psiquiatra o líder religioso o asociado a una hospitalización?

No ___ Sí ___ (explique brevemente) _____

Por favor describa algún tratamiento psiquiátrico o psicológico que ha recibido en el pasado o que actualmente se encuentra recibiendo (including medications):

Tipo de Tratamiento

Edad al momento de comenzar/Razón

_____	_____
_____	_____
_____	_____

¿Alguna vez algún miembro de su familia ha recibido tratamientos de salud mental o ha sido hospitalizado por razones de salud mental? No ___ Sí ___ (explique)

¿Usted experimentó algún tipo de abuso antes de los 18 años de edad? Sí ___ No ___

Marque todos los tipos de abuso que ocurrieron antes de los 18 años de edad:

Físico ___ Emocional ___ Sexual ___

¿Usted experimentó algún tipo de abuso después de los 18 años de edad? Sí ___ No ___

Marque todos los tipos de abuso que ocurrieron antes de los 18 años de edad:

Físico ___ Emocional ___ Sexual ___

Usa Cafeína

¿Usted toma bebidas con cafeína regularmente (e.g., café, té, sodas)? No ___ Sí ___

Si marcó Sí, especifique el tipo y cantidad por día: _____

Usa tabaco

¿Actualmente usa tabaco? No ___ Si ___

Si marcó Sí, especifique el tipo y cantidad por día: _____

¿Hace cuánto tiempo lleva usando tabaco? _____

Si actualmente no usa tabaco, pero lo usó en el pasado, describa la cantidad y por cuanto tiempo utilizó tabaco:

Uso de Alcohol / Drogas

¿Actualmente bebe alcohol? No ____ Sí ____

Si marcó que sí, especifique que tipo y la cantidad de bebidas por día o por semana: _____

¿Por cuánto tiempo (a que edad comenzó)? _____

Si actualmente no bebe bebidas alcohólicas, pero si en el pasado, describa la cantidad y por cuanto tiempo bebía en el pasado:

¿Alguna vez ha intentado o usado drogas recreacionales o de calle? No ____ Sí ____

(Si marco que Sí, circule todas las que le aplique abajo)

Marijuana, hachís, La cocaína, coca, crack, roca, polvo, escama, nieve, anfetaminas, meth, vidrio, las pastillas para adelgazar codeína, heroína, morfina, oxycontin, vicodin, ácido, polvo de ángel, champiñones, éxtasis, pegamento, diluyente de pintura, gasolina, óxido nitroso, gas hilarante, nitrato amílico o butílico / Poppers, Valium, Xanax, pastillas para dormir

Otras drogas recreacionales o de la calle: _____

Primer uso / frecuencia / último uso de las drogas circuladas: _____

¿Alguna vez ha recibido tratamientos para ayudarlo/a a detener su consumo o abuso de drogas?

No ____ Sí ____ (explique) _____

¿Alguna vez ha tenido algunas de las siguientes situaciones por su consumo de alcohol o drogas?

Problemas con sus relaciones No ____ Sí ____ (explique) _____

Problemas con su trabajo No ____ Sí ____ (explique) _____

Problemas legales No ____ Sí ____ (explique) _____

Historial Familiar y Social

¿Alguna vez ha servido en el servicio militar? No ____ Sí ____

Si marcó que sí, ¿En qué rama del servicio militar se encontraba? _____

Años que sirvió: _____

Rango más alto/Posición: _____ Tipo de descargo: _____

¿Se lesionó durante su servicio? No ____ Sí ____ (explique) _____

¿Alguna vez ha sido arrestado/a? No ____ Sí ____

(¿Cargos?) _____

¿Alguna vez ha cumplido tiempo en la cárcel o prisión? Nunca Sí ¿Donde, Por cuánto tiempo?

¿Usted tiene una licencia de conducir válida? Sí ____ No ____ (explique) _____

¿Actualmente conduce? Sí ____ No ____ (explique) _____

¿Condujo para llegar a la evaluación de hoy? Sí ____ No ____ (¿Quién lo hizo?) _____

¿Cuántos accidentes con vehículos de motor (carros, motocicletas, camiones) ha estado envuelto en los últimos 10 años?

Ninguno / 1 – 2 / 3 – 4 / 5 +

¿Cuántos fueron por su culpa? ninguno / 1 – 2 / 3 – 4 / 5 +

¿Cuáles son sus pasatiempos, interés o actividades favoritas?

Cuál es la mano con la que escribe: _____ ¿Cuántos miembros en su familia son zurdos? _____

¿Cuál es su estado marital actual? Casado/a / Separado/a / Soltero/a, Nunca Casado/a / Divorciado/a Viudo/a / Divorciado/a y Recasado/a / Soltero/a, pero vive con una pareja / otros: _____

¿Cuántas veces se ha casado? _____

Años de matrimonio #1: _____ a: _____ Casado/a / Divorciado/a / Muerte de Pareja

Años de matrimonio #2: _____ a: _____ Casado/a / Divorciado/a / Muerte de Pareja

Años de matrimonio #3: _____ a: _____ Casado/a / Divorciado/a / Muerte de Pareja

Años de matrimonio #4: _____ a: _____ Casado/a / Divorciado/a / Muerte de Pareja

¿Tiene hijos/as? ____ NO ____ Sí Varones, edad(es): _____ Fémimas, edad(es): _____

¿Alguno de sus hijos/as viven con usted? ____ NO ____ Sí ¿Cuáles? _____

¿Algún problema de salud de sus hijos/as? ____ NO ____ Sí _____

Historial de Educación:

Grado más alto completado: _____

GED?: _____

Educación universitaria o de colegio: No ____ Sí ____ (Si marco que sí, especifique abajo)

Grado: ____ Concentración: _____ Años: _____ Horas al semestre: _____

Nombre de la Institución: _____ Lugar: _____

Entrenamiento Técnico o Vocacional (si alguno): _____

Notas que típicamente obtenías: _____

¿Brincó algún grado? No ____ Sí ____ (explique) _____

¿Repitió algún grado? No ____ Sí ____ (explique) _____

Clases de educación especial, tutorías o acomodo alternativo en la escuela (si alguno): _____

Materia más fácil: _____ Materia más difícil: _____

Historial de Trabajo

¿Se encuentra actualmente empleado?

No ____ ¿Hace cuánto tiempo? _____ Razón _____ de _____ su _____ desempleo:

Sí ____ ¿Cuánto tiempo lleva en el trabajo? _____ Describe su trabajo: _____

Por favor describa sus empleos más recientes:

Fecha de Empleo	Título de Empleo	Deberes de Empleo	Razones para Dejarlo

Historial del sueño:

¿Pudo dormir la noche anterior a esta evaluación? No ____ Sí ____ ¿Cuánto tiempo? _____

¿Usted duerme bien normalmente? No ____ Sí ____ Mi problema para dormir comienza: _____

¿Cuál de las siguientes mejor lo/a describe?

*No puedo dormir frecuentemente / Frecuentemente no puedo mantenerme dormido /**Frecuentemente me despierto muy temprano, luego no puedo regresar a dormir.*

Frecuentemente tengo pesadillas (o repito los sueños) acerca: _____

¿Usted tiene *Apnea del Sueño*? No / Sí ¿Usa la máquina de CPAP? No / Sí / Antes lo usaba, pero ya no

Cuando voy a dormir, yo: tomo pastillas / tomo alcohol / me doy un baño / medito / ninguna de estas

¿Alguna vez ha pensado seriamente acerca, planificado o atentado suicidarse? ____ No ____ Sí

Razones: _____

Listado de planes o atentados:

Año: _____ Método: Arma de fuego/ Saltar / Sobredosis /

Cortar sus venas / Estrellar su carro / Otros: _____

Año: _____ Método: Arma de fuego/ Saltar / Sobredosis /

Cortar sus venas / Estrellar su carro / Otros: _____

Información adicional que usted crea que es importante que nosotros sepamos a la hora de interpretar sus resultados en las pruebas:
