

River Valley Neuropsychology, LLC

1022 Storrs Road, Suite B
Storrs, CT 06268

Tel: (860) 234-5002
Fax: (860) 812-2317

Consentimiento para pruebas neuropsicológicas / psicológicas

Naturaleza y propósito de la evaluación: Entiendo que mi médico u otro proveedor de atención médica ha solicitado esta evaluación. El objetivo de esta evaluación es proporcionar información para ayudar con el proceso de diagnóstico y / o tratamiento. El material obtenido de esta evaluación (es decir, cualquier registro proporcionado, entrevista (s) y pruebas psicológicas / neuropsicológicas) se utilizará para generar un informe que proporcionará información acerca de mi diagnóstico y / o tratamiento. Los resultados de esta evaluación se discutirán conmigo si lo deseo, y con cualquier otra persona con la que desee compartirlos. Si hay otras personas a quienes me gustaría que se compartan los hallazgos de esta evaluación, puedo autorizar la divulgación de estos firmando un comunicado de información. Si esta evaluación está cubierta o parcialmente cubierta por mi seguro, es posible que se tenga que proporcionar cierta información a la compañía de seguros.

Posibles riesgos, incomodidades y beneficios: Para algunas personas, las evaluaciones pueden causar fatiga, frustración y ansiedad. Además, ciertas preguntas pueden tocar asuntos personales y privados que podrían causarme malestar emocional. Reconozco que no hay intención de causar ninguna incomodidad personal, pero que esto puede ser un riesgo imprevisto asociado con esta evaluación. Además, entiendo que algunas de las preguntas o tareas pueden no parecer a primera vista tener una conexión directa con el/ los problemas (s) en cuestión, pero aun así cooperaré de la mejor manera posible. Entiendo que, aunque se espera que brinde respuestas honestas y precisas, soy libre de negarme a responder cualquier pregunta o de finalizar la evaluación cuando lo desee. Hay varios beneficios que resultaran de esta evaluación. Algunos ejemplos incluyen, entre otros, los siguientes: aclaración sobre diagnóstico y tratamiento, identificación de intervenciones y/o apoyos apropiados y relevantes, documentación de mejoría / desmejora a lo largo del tiempo o después del tratamiento, y mejora del autoconocimiento. Riesgos y beneficios adicionales que sean específicos de mi evaluación se analizarán en mayor detalle con el psicólogo / neuropsicólogo que me evaluará.

Compromiso de tiempo: Las evaluaciones pueden tomar varias horas de exámenes cara a cara. El psicólogo / neuropsicólogo también requerirá horas adicionales para puntuar, interpretar y preparar informes.

Límites de confidencialidad: La información obtenida durante esta evaluación es confidencial y, por lo general, solo se puede divulgar con mi permiso por escrito. Además, por lo general no se proporcionarán copias de los datos de las pruebas directamente a los pacientes o proveedores de tratamiento de salud no conductual. Hay algunas circunstancias especiales en las que la ley nos permitirá divulgar información confidencial sin su autorización específica, por ejemplo, si hay motivos para creer que puede hacerse daño a usted o a otros, si tenemos una duda razonable de que ha abusado o lastimado a un niño o anciano, o si un tribunal de justicia nos ordena que lo hagamos.

Los términos de este formulario de consentimiento informado han sido revisados, comprendidos y aceptados por mí. He tenido la oportunidad de hacer cualquier pregunta y / o plantear cualquier inquietud que tenga con respecto al proceso de evaluación.

Firma del Paciente/ Representante Legal*

Fecha

Testigo

Fecha

Interprete responsable de explicar el proceso de evaluación (si aplica)

Fecha

** Si la autorización es firmada por un representante personal del paciente, debe proporcionarse una descripción de la autoridad de dicho representante para actuar por el paciente*