



INNOVATIVE
HEALTH CARE CONCEPTS

111 E. 16th Street | Idaho Falls, ID 83404 | t. 208.523.1130 | f. 208.529.6501

The Testing Center

PAQUETE DE ADMISIÓN AL CENTRO DE EVALUACIÓN

Gracias por elegir Innovative Health Care Concepts para sus necesidades de evaluación psicológica. Por favor, lea las siguientes instrucciones cuidadosamente.

Rellene los siguientes formularios en este paquete:

- Formulario de Examen Diagnóstico
- Formulario de Admisión al Centro de Evaluación
- Autorización para la Distribución de la Evaluación

Devuelva los formularios completados mediante uno de los siguientes métodos:

Correo Ordinario:

Innovative Health Care Concepts
111 East 16th Street
Idaho Falls, ID 83404

Fax: (208) 529-6501

Email: testing@ihccinc.com

TUTELA

Asegúrese de que el padre, la madre, o tutor ha firmado todos los papeles y que todas las secciones iniciales han sido completados. Tenga en cuenta, hay tres secciones del Formulario de Admisión al Centro de Evaluación que requerirán sus iniciales, así como su firma al final del mismo, y también al final de la autorización para la distribución. Sólo se aceptarán las firmas de las personas que cumplen uno de los siguientes casos:

- Si usted tiene 18 años o más y usted es su propio tutor, usted mismo puede firmar los documentos.
- Si el paciente es un menor de edad y usted es su padre/madre y/o tutor legal, puede firmar los documentos.
- En el resto de los casos, exigimos una copia de los documentos de tutela que indica quién es el tutor legal.
 - No podemos aceptar las firmas de padrastros ni abuelos como tutores legales sin la documentación judicial que prueba su tutela legal. El tutor legal tendrá la oportunidad en su cita inicial de firmar una autorización permitiendo la comunicación por nuestra parte a los padrastros y/o abuelos.

CUSTODIA DE MENORES

Nuestra política en materia de custodia de menores es el siguiente:

- Nuestros psicólogos no se presentarán como testigo judicial sobre a la idoneidad de uno de los padres sobre el otro.
- Si es necesario un testimonio judicial, nuestros psicólogos sólo declararan sobre el diagnóstico del paciente y las recomendaciones para su tratamiento. Se harán solo bajo citación jurídica y por deposición grabada y se cobrará honorarios por este servicio.
- Los padres biológicos tienen el derecho a acceder a información acerca de su hijo, incluyendo citas programadas, el proceso de evaluación y el informe de la evaluación final. Los padres biológicos pueden rellenar cuadernillos de evaluación para padres y dar su opinión respecto a la cita inicial de admisión. La única circunstancia en que negamos la diseminación de información a un padre biológico es si tenemos documentación judicial que indica una tutela y custodia de los menores que nos prohíbe comunicarnos a un padre biológico específica e identificada.

¿Hay problemas de custodia que debemos tener en cuenta?

Sí NO

Si su respuesta es sí, por favor llame a nuestra oficina para hablar del tema en el (208) 523-1130

Una vez recibida toda la documentación completa, le llamaremos para concertar su cita inicial de admisión. Usted recibirá información detallada en su primera cita con respecto a nuestro proceso de evaluación y lo que puede esperar. Por favor, lea atentamente esta información. Si usted tiene alguna pregunta, no dude en ponerse en contacto con nosotros en el (208) 523-1130.

Gracias de nuevo por haber elegido Innovative Health Care Concepts para sus necesidades de evaluación psicológica.

FORMULARIO DE EXAMEN DIAGNÓSTICO

Por favor, responda a las siguientes preguntas según la medida que cree necesaria. El propósito de este formulario de evaluación es determinar la mejor colocación para usted o su hijo, asignarle el psicólogo más adecuado para atender sus necesidades, y para determinar sus requerimientos médicos necesarios con el fin de evaluar el cobertura de seguro. Tenga en cuenta que todos los formularios deberán completarse en su totalidad con el fin de facilitar la programación de una cita con nosotros.

Fecha de Hoy: _____ Nombre del Paciente: _____ Fecha nacimiento: _____

Nombre de persona de contacto respecto al concertación de citas: _____

Relación: _____ Número de teléfono: _____

¿Como se dió a conocer nuestros servicios? _____

¿Alguna vez en el pasado ha tenido usted una evaluación psicológica? Sí No

Si su respuesta es sí: Fecha: _____ Doctor: _____

Motivo de la remisión (marque todos que correspondan):

- Otorgad de elegibilidad de servicios DD
- Necesito definir el panorama diagnóstico
- Algo pasa pero no se que
- He sido remetido por mí médico o por _____
- Busco recomendación por el siguiente servicio: _____
- Otros: _____
- Matriculado en servicios DD y necesito actualizar el diagnóstico
- Problemas de Salud Mental
- Han empeorado los problemas de comportamiento
- Dificultades Escolares

Responder a las siguientes preguntas referente al paciente a quien se realizará la evaluación.

¿Hay trastornos médicos pasados o presentes? (i.e. convulsiones, lesión en la cabeza, enfermedad grave, fiebre significativa, problemas cardíacos, etc.)

¿Hay trastornos de salud mental pasados o presentes? (i.e. Problemas de comportamiento, Trastorno de déficit de atención con hiperactividad (ADHD), Ansiedad, Depresión, etc.)

¿Había complicaciones antes, durante el parto, o después del embarazo? Si es así, explícanos.

¿Hay actualmente un diagnóstico que se está considerando? (Algo que cree que usted o su hijo puede tener)

Rodea la respuesta más apropiada. "1" indica sin problemas, "5" indica problemas significativos

- | | | | |
|------------------------------|-----------|--------------------------------------|-------------|
| • Mantener Atención | 1 2 3 4 5 | • Problemas de Aprendizaje | 1 2 3 4 5 |
| • Hiperactivo | 1 2 3 4 5 | • Lenguaje Receptivo (Escuchando) | 1 2 3 4 5 |
| • Comportamiento Explosivo | 1 2 3 4 5 | • Lenguaje Expresivo (Hablando) | 1 2 3 4 5 |
| • Regulación de Emociones | 1 2 3 4 5 | • Retención de Memoria | 1 2 3 4 5 |
| • Impulsividad | 1 2 3 4 5 | • Habilidades Sociales | 1 2 3 4 5 |
| • Falta de Juicio o Criterio | 1 2 3 4 5 | • Escribiendo y/o Utilizar los Manos | 1 2 3 4 5 |
| • Siguiendo Instrucciones de | | • Equilibrio y Coordinación | 1 2 3 4 5 |
| Varios Pasos | 1 2 3 4 5 | • ¿Problemas de Audición? | Sí No No Sé |
| • Resolver Problemas Simples | 1 2 3 4 5 | • ¿Problemas de Visión? | Sí No No Sé |
| • Gestión de Tiempo | 1 2 3 4 5 | | |

¿Ha notado cambios desde su última evaluación? Sin Cambios Síntomas Empeoran Síntomas Mejoran No Consta

FORMULARIO DE ADMISIÓN AL CENTRO DE EVALUACIÓN

Información del Paciente

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
Género: Hombre Mujer
Idioma nativo: _____ ¿Necesita servicios de interpretación de inglés? Sí No
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
¿Cómo le gustaría recibir recordatorios para sus citas? Llamada de teléfono Texto Email Todos
Teléfono: 1º contacto #: _____ 2º contacto #: _____
Email: _____

Persona responsable / información del tutor

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Compruebe si la dirección y números de contacto son los mismos que los clientes.
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono: 1º contacto #: _____ 2º contacto #: _____ Email: _____
Relación con el paciente: yo mismo Padre Esposo/a Niño Otros: _____

Información de Seguros:

Seguro médico principal: _____
Número de identificación: _____ Número de grupo: _____
Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento: _____
Relación con el paciente: yo mismo Padre Esposo/a Niño Otros: _____

Seguro médico secundario: _____
Número de identificación: _____ Número de grupo: _____
Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento: _____
Relación con el paciente: yo mismo Padre Esposo/a Niño Otros: _____

Notificación y consentimiento de confidencialidad:

La mayoría de los seguros médicos piden que su médico de atención primaria sea notificado si su paciente recibe tratamiento terapéutico. Por favor, indique su elección.

Médico de atención primaria: _____ Teléfono: _____
 Sí, puede notificar a mi médico de atención primaria de que estoy recibiendo servicios de evaluación.
 No, no notifique a mi médico de atención primaria de que estoy recibiendo servicios de evaluación.

Por favor complete la autorización de distribución adjunto para que podemos enviar a terceros la evaluación realizada. Si no completa la autorización de distribución, la evaluación realizada sólo se enviará a la parte responsable que aparece anteriormente y el médico de atención primaria si ha indica "Sí" arriba. Mandaremos su evaluación por fax a cualquier persona indicada de forma gratuita. Además, de manera gratuita, enviaremos por correo ordinario una copia certificada de la evaluación a la persona responsable o prepararlo para su recogida en persona. También proporcionaremos gratuitamente una copia a su médico de atención primaria. Todas las copias adicionales se cobrará una tarifa de \$2.00 por evaluación y solo disponible para que usted pueda recogerla personalmente. Si desea copias adicionales enviados por correo, una tarifa de \$3.00 por evaluación será cobrado y enviaremos la evaluación previo pago.

Iniciales _____

Autorizaciones, Revelaciones, Términos y Condiciones de los Servicios

Seguros / Política de pago:

Los seguros, incluido Medicaid, prevén el reembolso de los gastos médicos permitidos. Como una cortesía le ofrecemos una factura detallada que podrá enviar a su compañía de seguros para el reembolso. Si usted nos proporciona un número de seguro, dirección, lugar de trabajo y cualquier otra información pertinente estaremos encantados de presentar la factura a la mayoría de las compañías de seguros. **Usted es responsable de todos los deducibles y cargos no cubiertos por el seguro.** Revisaremos con usted las opciones de pago antes de las evaluaciones. Por favor entienda que, como terceros, no podemos participar en las negociaciones de seguros prolongadas y que esta es su responsabilidad. Todas las cuentas con un saldo pendiente de más de 120 días estarán sujetas a cobro. En caso de impago de lo acordado los abajo firmantes se harán responsables del pago total de los costos presentados por la empresa encargada del cobro de impagos, cuyos costos no excederán el 20% del balance impagado, incluidos los honorarios razonables del abogado.

Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar cualquier reclamación. Permito la utilización de una copia de la autorización en lugar del original. Esta autorización podrá ser revocada por escrito por mí o mi compañía de seguros en cualquier momento.

Iniciales _____

Cancelaciones:

Si usted no puede asistir a su cita, por favor póngase en contacto con nosotros 24 horas antes de su cita. Sin una notificación de 24 horas, se le cobrará un cargo por cancelación de \$ 35.00.

Consentimiento médico:

Autorizo los servicios que me puedan realizar como paciente, de forma ambulatoria, en el ámbito de la práctica autorizada en virtud de las licencias de los proveedores con respectivas licencias. Para los efectos de este acuerdo, el término "médico" se refiere también a la psicológica, neuropsicológica, salud mental o servicios de comportamiento. A list of possible testing procedures will be provided upon request. Entiendo que si el paciente tiene una historia de trastorno del espectro autista (PDD-NOS, el Trastorno de Asperger, Trastorno Autista), es probable que una evaluación de Espectro Autista será recomendada. Como parte de la batería de pruebas que se administrara, esto puede incluir el ADOS-2 y / o GARS. Entiendo y estoy de acuerdo que un profesional ejerciendo de ayudante bajo la supervisión de un neuropsicólogo o psicólogo, certificados para ejercer su profesión en el Estado de Idaho, esté involucrado en mi tratamiento, incluyendo, pero no limitado a las evaluaciones diagnósticas previas y las pruebas y evaluaciones neuropsicológicas o psicológicas.

Iniciales _____

Asociación:

Entiendo que algunos médicos ofrecen servicios bajo contrato con Innovative Health Care Concepts, Inc. (IHCC) y que IHCC es responsable de los servicios de apoyo y el cobro de los servicios prestados. IHCC pedirá el reembolso de los servicios prestados a Medicaid, beneficios a los cuales los psicólogos pueden tener derecho y, a la vez, ser parte responsable.

Liberación de información:

Reconozco que IHCC utilizará mi información para el diagnóstico, evaluación, pago y operaciones de atención médica. Autorizo a IHCC y al personal involucrado en mi cuidado, a divulgar información médica y la documentación de apoyo necesaria que se encuentre en los archivos médicos durante el tiempo que duren los servicios o el período de seguimiento razonable a cualquier organización que sea o pueda ser responsable del pago de los cargos relacionados con mi cuidado y para todos los demás efectos del pago de las prestaciones solicitadas. Reconozco que mi información como paciente que se encuentra en los archivos médicos será accesible bajo consentimiento de confidencialidad a todos los servicios de salud, proveedores de servicios sociales y de las instituciones educativas que participan en mi cuidado y tratamiento, incluyendo pero no limitando a médicos, psiquiatras, terapeutas, evaluadores, enfermeras, técnicos, y cualquier otro servicios de salud o agencias de cuidado de la salud mentales implicados en mi atención. Esta información también puede ser proporcionada a las instituciones educativas en las que el paciente está inscrito bajo petición. Además reconozco que mis datos médicos pueden ser utilizados en la revisión de utilización de IHCC. También reconozco que la información contenida en mis registros médicos pueden ser extraídos y compilados con fines de investigación y los resultados agregados (sin identificarme como individuo) pueden ser presentados al público. Reconozco que mis registros médicos también pueden ponerse a disposición de las agencias gubernamentales como exige la ley. Reconozco que los registros médicos de los pacientes pueden ser almacenados electrónicamente y pueden estar a disposición del personal de IHCC a través de redes informáticas seguras.

Informe Final:

Reconozco que el diagnóstico final, los resultados de las pruebas, nuestras sugerencias, y el informe formal se proporcionará a las partes autorizadas sólo después de que concluye la consultación y examen del neuropsicólogo o psicólogo. En el caso de cancelar o negar a cumplir la evaluación y / o cita con el neuropsicólogo o psicólogo, todos los datos de la evaluación, las pruebas, los resultados y el informe no se dará a conocer.

Certificación de información verdadera, correcta y completa:

Certifico que la información ofrecida por mí, o que yo ofreceré o que otra persona ofrecerá en mi nombre, es verdadera, correcta y completa. Certifico que no retendré información solicita razonablemente. Entiendo que la retención de información puede tener un impacto negativo en la calidad de los servicios prestados, incluyendo un diagnóstico incorrecto. Esto incluye pero no se limita a la salud médica mental previa o al historial de conducta; antecedentes familiares de salud médica potencialmente relacionados con la salud mental o síntomas de conducta; el consumo prenatal de alcohol, drogas o tabaco; anomalías o incidentes prenatal o durante el parto; abuso infantil o lesiones infantiles; lesiones en la cabeza; historial de cáncer o enfermedad de la sangre, etc.



INNOVATIVE
HEALTH CARE CONCEPTS

111 E. 16th Street | Idaho Falls, ID 83404 | t. 208.523.1130 | f. 208.529.6501

The Testing Center

Por la presente certifico y declaro que he leído y que total y completamente entiendo las condiciones de los servicios, y que firmo a sabiendas, libre y voluntariamente. Además, certifico y declaro que no he recibido promesas o garantías de cualquier persona en cuanto a los resultados que se puedan obtener hasta que las evaluaciones y sus resultados no hayan sido terminados. Además certifico que la información que proporciono es verdadera, correcta y completa, y certifico los anteriores reconocimientos, acuerdos y certificaciones.

Nombre Impreso del Paciente o el Responsable

Relación con el Cliente

Firma del Paciente o el Responsable

Fecha

AUTORIZACIÓN PARA LA DISTRIBUCIÓN DE LA EVALUACIÓN

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Por favor, complete la autorización de distribución para que podemos distribuir, de manera eficaz, la evaluación realizada. Si no completa la autorización de distribución, la evaluación realizada sólo se enviará a la parte responsable que aparece anteriormente y el médico de atención primaria si ha indicado "Sí" en el formulario de admisión. A las otras personas que quiere que enviemos el informe, escribe sus datos de contacto incluyendo el número de teléfono, el número de fax, y la dirección. Asegúrese de que los datos de contacto son los actuales. De no ser así es probable que no será posible enviarles el informe.

Declaración de Cargos:

Mandaremos su evaluación de manera gratuita vía fax a cualquier persona indicada abajo. Además, de manera gratuita, enviaremos por correo ordinario una copia certificada de la evaluación a la persona responsable o prepararlo para su recogida en persona. También proporcionaremos gratuitamente una copia a su médico de atención primaria. Todas las copias adicionales se cobrará una tarifa de \$2.00 por evaluación y solo disponible para que usted pueda recogerla personalmente. Si desea copias adicionales enviados por correo, una tarifa de \$3.00 por evaluación será cobrado y enviaremos la evaluación previo pago. Respecto a evaluaciones enviados por correo, es imprescindible que disponemos de un formulario firmado de autorización para la divulgación de información a la(s) partes que la recibirán, ó que aparezcan en el listado abajo. Para facilitar el pago aceptamos tarjetas de crédito o debito y se puede realizar el pago través de una llamada telefónica a nuestras oficinas.

Distribution of Completed Evaluation:

Su evaluación será distribuido de manera automática al parte responsable del paciente y no es necesario indicar sus datos abajo.

Marque ese cuadro si usted ha indicado "Sí" en el formulario de admisión otorgándonos permiso enviar su informe a su médico de atención primaria. Si es así, no es necesario repetir abajo los datos de contacto de su médico de atención primaria, salvo que no los había indicado anteriormente.

Sírvase indicar las localizaciones adicionales para la distribución de su evaluación realizada. Cuando existe un número de fax, enviaremos por fax su evaluación de forma gratuita. Véase la Declaración de Cargos arriba.

Nombre: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/C.P.: _____

Ciudad/Estado/C.P.: _____

Teléfono: _____

Teléfono: _____

Fax: _____

Fax: _____

Nombre: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/C.P.: _____

Ciudad/Estado/C.P.: _____

Teléfono: _____

Teléfono: _____

Fax: _____

Fax: _____

Mi firma da su consentimiento a la divulgación a las personas indicadas arriba la evaluación psicológica completa de éste paciente. He leído las Autorizaciones, Revelaciones, Términos y Condiciones de Servicios en el Formulario de Admisión al Centro de Evaluación y doy mi consentimiento a todos los términos y condiciones.

Nombre Impreso del Responsable o Tutor Legal

Firma del Responsable o Tutor Legal

Fecha