

Dra. en Psic. Natalie Kollross, Psicóloga Clínica

Psychological Services of Pendleton, LLC

135 SE First Street
Pendleton, Oregon 97801

1050 W Elm Ave, Suite 250
Hermiston, Oregon 97838

Teléfono (541) 278-2222 / FAX: (541) 276-8405

CONSENTIMIENTO PARA HACER PRUEBAS Y EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

Yo, _____ doy mi consentimiento para que la **DRA. EN PSIC. NATALIE KOLLROSS, PSICÓLOGA CLÍNICA** lleve a cabo una evaluación psicológica ____ mía / ____ de mi hijo (a). (MARQUE UNA)

Yo entiendo que el propósito de esta evaluación es:

- 1) _____
- 2) _____

Entiendo que esta evaluación pudiese incluir:

- 1) Una entrevista en persona con la **Dra. Kollross** para poder recaudar antecedentes personales, historial médico y psiquiátrico e información sobre mi funcionamiento actual.
- 2) Pruebas psicológicas.
- 3) Contacto colateral con personas importantes, incluyendo a miembros familiares, doctores u otros proveedores médicos.
- 4) Una revisión de cualquier información escrita de alguna otra evaluación, proveedores de tratamiento o agencias que lo hayan referido.
- 5) Un reporte por escrito que contenga los resultados y las conclusiones.

También yo entiendo que la **Dra. Kollross** solamente utiliza procedimientos y pruebas que se apegan a las normas y directrices de la Asociación Americana de Psicología, que los resultados de las pruebas serán interpretados de acuerdo a los hallazgos científicos y las directrices de la literatura profesional y que tanto las preguntas de las pruebas como las respuestas y los resultados de las mismas, serán guardados en un lugar seguro para asegurar mi privacidad y la integridad de los instrumentos de prueba. La **Dra. Kollross** pudiese designar a algún miembro del personal de la oficina para que le administre o califique ciertas pruebas o cuestionarios pero ella será la única persona responsable para interpretar los resultados.

Yo entiendo que la **Dra. Kollross** pudiese proveerme un resumen de mis resultados y sus conclusiones de esta evaluación ya sea oralmente o por escrito. Al menos de que esta evaluación haya sido pedida por una tercera parte (lea a continuación).

También entiendo que yo pudiese pedirle que mande una copia del reporte final a aquellas personas a las que yo haya dado previa autorización para recibirla. Yo entiendo que esta

autorización no incluye los resultados de la prueba prima o las preguntas de la misma que pudiesen comprometer la integridad de ésta o que pudiesen violar las leyes de derechos del autor.

Al firmar al calce, Yo acepto que he leído y que entiendo la información mencionada anteriormente.

Por: _____ Fecha: _____
(Paciente)

Por: _____ Fecha: _____
(Representante del Paciente)

Descripción de la autoridad del representante del paciente: _____

CONSENTIMIENTO DE EVALUACIÓN DE TERCEROS

Yo entiendo que esta evaluación fue solicitada por una tercera parte:

Yo entiendo y estoy de acuerdo que los resultados por escrito de esta evaluación serán la propiedad exclusiva de un tercero. Debido a que estos resultados serán enviados éste, yo entiendo que no existe un privilegio de doctor-paciente o terapeuta-paciente entre mi persona y la **Dra. Kollross** y que la información que yo u otras personas le hayan provisto pudiese estar incluida en el reporte final que será enviado a la tercera parte. Si yo desease una copia del reporte de la evaluación, Yo debo de pedírsela al tercero mencionado anteriormente.

Yo entiendo que puedo retirar mi consentimiento para esta evaluación y para la transferencia de información en cualquier momento por medio de una carta por escrito. También entiendo que mi retiro no será retroactivo (es decir, no aplicará a la información de pruebas transferidas que ya hayan tenido lugar). Si yo no revoco este consentimiento, este expirará automáticamente después de 180 días de que se firmó.

Por: _____ Fecha: _____
(Paciente)

Por: _____ Fecha: _____
(Representante del Paciente)

Descripción de la autoridad del representante del paciente: _____