
Consentimiento Informado de MPG para Servicios de Evaluación

Este formulario fue traducido con la ayuda de un servicio de traducción. Agradecemos su comprensión si encuentra algún error o diferencia en la traducción.

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Por favor revise y confirme marcando cada elemento y colocando sus iniciales y la fecha al final.

☐ **Evaluación Inicial y Diagnóstico**

La primera sesión consistirá en una evaluación de las necesidades de su hijo(a) y de su familia. Durante esta evaluación inicial, el/la clínico(a) reunirá información detallada sobre su hijo(a), incluidos los motivos de preocupación, los síntomas y el funcionamiento adaptativo.

Es posible que se le pida completar evaluaciones formales y firmar formularios de consentimiento para permitir que el/la clínico(a) se comunique con otros profesionales o educadores. También se pueden solicitar registros médicos, educativos o de tratamiento relevantes.

Después de completar la evaluación inicial, el/la clínico(a) le explicará sus impresiones y presentará un plan de evaluación propuesto, que incluirá los objetivos, procedimientos y resultados esperados.

Se le anima a hacer preguntas sobre cualquier procedimiento, riesgo o las credenciales del/de la clínico(a).

También tiene derecho a consultar sobre otras opciones de evaluación o tratamiento.

Dado que las evaluaciones requieren un compromiso significativo de tiempo y energía, usted debe sentirse cómodo(a) con el/la evaluador(a).

Si surgen inquietudes, estaremos encantados de atenderlas o referirle a otro/a profesional.

☐ **Servicios de Evaluación**

Las evaluaciones psicológicas y neuropsicológicas son altamente individualizadas y varían según el motivo de la remisión.

Su clínico(a) puede evaluar áreas específicas como las habilidades cognitivas, el rendimiento académico, el funcionamiento ejecutivo, el lenguaje, las habilidades motoras, la conducta adaptativa y el funcionamiento socioemocional.

Las medidas seleccionadas se basan en los motivos de consulta y en las mejores prácticas respaldadas por la evidencia científica.

☐ **El Proceso de Evaluación y el Alcance de la Práctica**

Las evaluaciones pueden traer tanto beneficios como desafíos.

Dado que exploran áreas de dificultad, el proceso puede despertar emociones incómodas, como tristeza, frustración o ansiedad.

Sin embargo, las evaluaciones a menudo brindan información valiosa y recomendaciones prácticas que pueden reducir el malestar y mejorar el funcionamiento.

Aunque los/las clínicos(as) de MPG se comprometen a proporcionar evaluaciones basadas en evidencia y adaptadas a las necesidades de su familia, los resultados no pueden garantizarse.

Tenga en cuenta que los/las clínicos(as) de MPG no realizan evaluaciones ni recomendaciones de custodia, no prescriben ni recomiendan medicación, y no ofrecen asesoramiento legal, ya que estos servicios están fuera del alcance de nuestra práctica.

☐ **Retroalimentación y Terminación**

Una vez completada la evaluación, su clínico(a) programará una sesión de retroalimentación para revisar los resultados, discutir las recomendaciones y responder cualquier pregunta.

Si se determina que son necesarios servicios adicionales o continuos, su clínico(a) podrá ofrecerle referencias apropiadas.

Usted tiene derecho a terminar los servicios en cualquier momento.

A solicitud suya y cuando sea apropiado, MPG ayudará a coordinar la continuidad de la atención, proporcionando los nombres de otros profesionales calificados.

☐ **Consentimiento Informado para Servicios de Telemedicina**

La telemedicina incluye la prestación de servicios de terapia o evaluación mediante comunicación interactiva por audio y video.

Al consentir el uso de telemedicina, usted reconoce que tiene el derecho de retener o retirar su consentimiento en cualquier momento.

Todas las protecciones de confidencialidad también se aplican a los servicios de telemedicina, excepto en las situaciones en que la ley exige divulgación, como riesgo de daño a sí mismo o a otros, o sospecha de abuso infantil.

Aunque se hacen esfuerzos para garantizar una comunicación segura, los servicios de telemedicina implican riesgos potenciales, como problemas técnicos o acceso no autorizado a la información electrónica.

Además, la telemedicina puede no ser tan completa o eficaz como la atención presencial.

Si está clínicamente indicado, su proveedor(a) podrá recomendar la transición a sesiones presenciales.

Usted tiene derecho a acceder a sus registros de telemedicina conforme a la ley del estado de Nueva York.

Para participar en sesiones de telemedicina, usted acepta estar en un lugar privado y tranquilo, libre de distracciones, usar una conexión de internet segura (no Wi-Fi público), y contar con un dispositivo con cámara y micrófono funcionales.

Se espera que asista puntualmente a las sesiones y que notifique a su proveedor(a) con anticipación si necesita cancelar o reprogramar; se aplican las políticas estándar de cancelación.

Por seguridad y continuidad de la atención, se le pedirá proporcionar un método de contacto alternativo en caso de desconexión, identificar el hospital de emergencias más cercano y ofrecer al menos un contacto de emergencia.

Para clientes menores de edad, se requiere el permiso por escrito de un padre, madre o tutor legal para participar en servicios de telemedicina.

Al firmar a continuación, usted reconoce y acepta las condiciones de los servicios presenciales y de telemedicina.

Reconocimiento

Iniciales del Paciente/Padre/Tutor: _____

Fecha: _____