



Psychological Assessment Services, LLC

2380 North 124th Street, Suite 101

Wauwatosa, Wisconsin 53226

Teléfono: 414.443.1773 Fax: 414.443.1747 Correo electrónico:
Nealbrey@psychassess.net

Paquete para pacientes derivados a Psychological Assessment Services, LLC

2380 N. 124th St., Suite 101

Wauwatosa, Wisconsin 53226

Teléfono: (414) 443-1773

Fax: (414) 443-1747

Correo electrónico: NealBrey@psychassess.net

Psychological Assessment Services, LLC brinda una variedad de servicios de asesoría psicológica en la ciudad de Milwaukee y sus alrededores para ayudar con la toma de decisiones forenses, de tratamiento, educación y ocupación de sus clientes durante su transcurso. Cada evaluación es individualizada para satisfacer las necesidades del cliente. Brindamos servicios de asesoría psicológica para diversos clientes que incluye a individuos con una variedad de habilidades tales como varias incapacidades del desarrollo, habilidades cognoscitivas (de incapacidad intelectual a dotado), o habilidades físicas; estado socioeconómico; grupos étnicos; diagnósticos sobre la salud mental, y/o situaciones legales. Nuestra oficina tiene acceso para sillas de ruedas y está ubicada en la ruta de autobuses del condado de Milwaukee. Brindamos las siguientes evaluaciones para nuestros clientes niños en edad preescolar, niños de primaria, adolescentes, adultos jóvenes, adultos de mediana edad y/o personas de edad avanzada:

- Evaluaciones psicológicas completas que incluyen exámenes cognitivos, de logro, adaptivos y de la personalidad.
- Evaluaciones para diagnósticos específicos
- Evaluaciones sobre la capacidad tanto como el tratamiento para el restablecimiento de la capacidad mental para los jóvenes
- Evaluaciones de riesgo
- Evaluaciones para la tutela
- Evaluaciones para la incapacidad
- Evaluaciones para declaración de no culpabilidad por motivos de enfermedad o defecto mental (o responsabilidad penal)
- Evaluaciones psicológicas para los casos de niños en necesidad de protección o servicios (CHIPS, por sus siglas en inglés) o jóvenes en necesidad de protección o servicios (JIPS, por sus siglas en inglés) para los jóvenes y/o padres
- Evaluaciones sobre la capacidad mental de los padres
- Acomodaciones para las necesidades educativas excepcionales (niños en edad escolar, adolescentes o educación superior)
- Evaluaciones de trauma
- Evaluaciones psicológicas para posibles padres adoptivos
- Evaluaciones para una dispensa judicial (o transferir) del tribunal de menores al tribunal de adultos
- Evaluaciones realizadas con el propósito de resolución o imposición de la pena.
- Favor de hacer preguntas sobre los servicios de asesoría u otras evaluaciones que le podrían interesar

Brindamos nuestros servicios de forma profesional y con consideración a los asuntos delicados que tratamos. Nuestra oficina se centra únicamente en brindar servicios de asesoría y tratamiento para el restablecimiento de la capacidad mental para los jóvenes con el fin de realizar la mejor evaluación completa e imparcial de las necesidades y fortalezas actuales del tratamiento de cada cliente. La propietaria de este consultorio psicológico es Karyn L. Gust-Brey, Ph.D.

Karyn L. Gust-Brey, Ph.D. ha sido psicóloga con licencia desde el año 2000. Trabajó en la División de Correcciones Juveniles (DJC, por sus siglas en inglés) del Departamento de Correcciones (DOC, por sus siglas en inglés) durante 13 años como residente de psicología y psicóloga licenciada. Trabaja actualmente para el Departamento de Servicios de Salud de Wisconsin (DHS, por sus siglas en inglés) como supervisora de psicología en la realización de evaluaciones de la capacidad mental para pacientes internos, tratamiento para el restablecimiento de la capacidad mental, y evaluaciones psicológicas para un programa forense de adultos. Ocasionalmente brinda servicios y asesoría psicológicos también para los jóvenes que se encuentran en la institución por fallos de delincuencia. Ha enseñado cursos a nivel de posgrado sobre la evaluación y ha supervisado estudiantes de pasantía y becarios predoctorales y posdoctorales en la evaluación. Ha brindado servicios de evaluación psicológica a pacientes externos en Milwaukee desde 2009.

Rachel Reinders-Saeman, Ph.D., recibió su licencia de psicóloga en 2019. Ha sido asesora profesional con licencia desde 2017. También ha trabajado en clínicas comunitarias e instituciones para pacientes internos. Habla español con fluidez y puede realizar evaluaciones psicológicas con individuos o familias hispanoparlantes. Terminó sus pasantías en Mendota Mental Health Institute y actualmente es profesora adjunta de psicología en Alverno College.

Alaina Kroes, M.S. es una becaria posdoctoral en psicología. Trabaja con niños de toda edad y le gusta realizar evaluaciones psicológicas. Su experiencia incluye dar terapia y realizar evaluaciones psicológicas comunitarias y forenses a adultos, adolescentes y niños. Sus intereses de investigación incluyen la relación entre los padres e hijos y está escribiendo su tesis sobre este tema. Tiene experiencia realizando evaluaciones psicológicas para las dificultades de aprendizaje, la clarificación del diagnóstico, y las perturbaciones conductuales y emocionales. Realizó sus pasantías en el Departamento de Correcciones.

Para hacer una derivación para una evaluación psicológica o servicios de tratamiento para el restablecimiento de capacidad mental, entregue lo siguiente a:

Psychological Assessment Services, LLC
Attn: Neal Brey, Office Manager
2380 N. 124th St., Suite 101
Wauwatosa, WI 53226
O por fax al 414-443-1747 o por correo electrónico NealBrey@psychassess.net

1. El formulario de consentimiento informado (firmado por el cliente si es mayor de 18 años y es su propio tutor legal O el padre, la madre o el tutor legal del niño si es menor de 18 años y tiene un tutor legal);
2. El formulario de consentimiento informado (firmado por el cliente si es mayor de 18 años y es su propio tutor legal O el padre, la madre o el tutor legal del niño si es menor de 18 años y tiene un tutor legal);
3. El formulario sobre la política de pago de Psychological Assessment Services, LLC (firmado por la persona responsable por hacer el pago, o el cliente o su padre, madre o tutor legal O la persona o agencia que lo derivó);
4. El formulario para la derivación; y
5. Cualquier información útil para justificar la derivación, por ejemplo, las solicitudes de delincuencia, denuncias penales, informes judiciales, evaluaciones psicológicas anteriores, planes de cuidados, expedientes escolares, y/u otros documentos adicionales.

Una vez que se haya completado el paquete para clientes derivados, Psychological Assessment Services, LLC se comunicará con *la persona que hizo la derivación* para conversar sobre cómo le gustaría avanzar con la programación de la cita (por ejemplo, para programarla a través de la fuente de la derivación O el cliente, o el padre, la madre, el tutor legal o el encargado del cliente).

Si hay alguna pregunta o inquietud, comuníquese con el gerente del consultorio, Neal Brey, al 414-443-1773. Muchas gracias por su interés en nuestros servicios. ¡Agradecemos la oportunidad de trabajar con usted!

Atentamente,
Dr. Gust-Brey

Aviso de privacidad y procedimiento para quejas y agravios de Psychological Assessment Services, LLC

Este documento describe cómo se puede usar y divulgar la información médica sobre usted y cómo puede obtener acceso a esta información. También brinda un resumen del procedimiento para quejas y agravios. **Favor de revisarlo detenidamente.** La información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) incluye información personal relacionada con sus afecciones médicas o de salud mental anterior, actual o en el futuro. De acuerdo con el reglamento de privacidad y la Ley de transferencia y responsabilidad de seguro médico de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés), Psychological Assessment Services, LLC, ha establecido una política para proteger la divulgación innecesaria de su información de salud. Este aviso está en vigencia a partir del 1^{ro} de septiembre de 2014.

Psychological Assessment Services, LLC, puede utilizar y divulgar su información de salud de las siguientes maneras:

- ❖ **Para brindar evaluaciones psicológicas o tratamiento para el restablecimiento de la capacidad mental**
Psychological Assessment Services, LLC, puede usar su PHI para brindarle atención y divulgar su información de salud a otros que le brindan atención. Esto puede incluir consultas o supervisión con terapeutas, proveedores de salud mental o miembros del equipo de tratamiento al llenar un formulario para divulgar información. Las consultas o la supervisión sucederían para ayudar a determinar las mejores opciones de tratamiento para usted.
- ❖ **Para obtener pago**
Psychological Assessment Services, LLC, puede incluir su PHI en las facturas para obtener pago de entidades terceras por los servicios que usted recibe. Su compañía de seguro médico puede requerir que Psychological Assessment Services, LLC, brinde información sobre su estado de atención médica para determinar la elegibilidad de las prestaciones, recibir autorización previa y reembolsar para los servicios.
- ❖ **Para realizar actividades de atención médica**
Psychological Assessment Services, LLC, puede utilizar y divulgar su PHI para sus propias actividades con el fin de facilitar las operaciones de negocios que incluyen, pero no se limitan a, la evaluación de calidad, evaluación de empleados, desarrollo de programas, programas de capacitación internas, otorgar licencias y certificación, responsabilidades administrativas generales e investigación sobre los resultados del tratamiento para el restablecimiento de la capacidad mental.
- ❖ **Cuando sea un requisito legal**
Es posible que Psychological Assessment Services, LLC, necesite divulgar su PHI cuando así lo requiere la ley estatal o federal sin su autorización. Se divulga la información a las autoridades legales para cumplir con el reglamento de privacidad. Además, Psychological Assessment Services, LLC, tiene que informar a las autoridades legales cuando hay la sospecha de abuso o descuido de menores, violencia doméstica, posibles intentos o pensamientos sobre poner en peligro a sí mismo u otras personas o en respuesta a una orden del juez. Se requiere también que Psychological Assessment Services, LLC, divulgue su PHI si ha sido víctima de algún delito o para denunciar algún delito.
- ❖ **Con autorización**
Psychological Assessment Services, LLC no utilizará ni divulgará su PHI si así no lo permite la ley al menos que usted lo haya autorizado.

El derecho del cliente con respecto a la PHI:

- ❖ **Derecho de solicitar restricciones**
La política de privacidad de Psychological Assessment Services, LLC brinda a nuestros clientes el derecho de solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de su PHI. Nuestros clientes tienen el derecho de solicitar un límite en la divulgación de la PHI del cliente por parte de Psychological Assessment Services, LLC, a alguien que esté involucrado en la atención del cliente o el pago. Sin embargo, no se requiere que Psychological Assessment Services, LLC, esté de acuerdo con la solicitud del cliente. Los clientes que desean hacer una solicitud para restricciones deberían comunicarse con Psychological Assessment Services, LLC, al (414) 443-1773.
- ❖ **Derecho de recibir comunicación confidencial**
La política de privacidad de Psychological Assessment Services, LLC, brinda a nuestros clientes el derecho de solicitar que su psicólogo se comunique con ellos de una manera que proteja la confidencialidad. Por ejemplo, el cliente podría pedir que Psychological Assessment Services, LLC, sólo comunique sobre la PHI del cliente de forma privada sin que otros miembros de la familia estén presentes.

❖ **Derecho de revisar y copiar su PHI**

La política de privacidad de Psychological Assessment Services, LLC, brinda a nuestros clientes el derecho de revisar y copiar su PHI, lo que incluye la facturación también. Sin embargo, este derecho no necesariamente se aplica a los apuntes sobre la evaluación o tratamiento o a la información obtenida para procedimientos legales. Si al cliente le gustaría revisar su PHI, debería programar una reunión con su psicólogo para revisar su expediente en nuestro consultorio. Psychological Assessment Services, LLC, puede cobrar una tarifa razonable por los gastos de las fotocopias y compilación relacionados con esta solicitud.

❖ **Derecho de modificar su PHI**

La política de privacidad de Psychological Assessment Services, LLC, brinda a nuestros clientes el derecho de modificar su PHI si creen que la información no es correcta ni completa. Se puede solicitar hacerlo siempre y cuando Psychological Assessment Services, LLC, mantenga esta información. Psychological Assessment Services, LLC, puede negar la solicitud si no está por escrito [si] no incluye el motivo para la modificación, si el expediente no fue creado por Psychological Assessment Services, LLC, si el expediente no forma parte de los archivos de Psychological Assessment Services, LLC, si la solicitud abarca alguna parte del expediente que al cliente no se le permita revisar o copiar, o si según la opinión de Psychological Assessment Services, LLC, el expediente que contiene su PHI está correcto y completo.

❖ **Derecho de rendición de cuentas de su PHI**

La política de privacidad de Psychological Assessment Services, LLC, brinda a nuestros clientes el derecho de solicitar una rendición de cuentas de las divulgaciones de la PHI del cliente realizadas por Psychological Assessment Services, LLC, por ciertos motivos entre los cuales se incluyen las divulgaciones requeridas por la ley y las que se han hecho por las investigaciones. Esta solicitud para la rendición de cuentas debe hacerse por escrito y debería especificar su periodo de tiempo, y no puede incluir fechas antes del 1^{ro} de septiembre de 2014. Psychological Assessment Services, LLC, proporcionará la primera solicitud de rendición de cuentas durante cualquier periodo de 12 meses sin costo alguno. Las subsiguientes solicitudes para rendición de cuentas pueden estar sujetas a una tarifa razonable.

❖ **Derecho de tener una copia impresa de este aviso**

La política de privacidad de Psychological Assessment Services, LLC, brinda a nuestros clientes el derecho de recibir una copia impresa de este aviso en cualquier momento, aun cuando hayan recibido este aviso anteriormente.

Responsabilidades de Psychological Assessment Services, LLC:

La ley requiere que Psychological Assessment Services, LLC, mantenga la privacidad de la PHI del cliente y que brinde a los clientes este aviso de nuestras responsabilidades y política de privacidad. Se requiere que Psychological Assessment Services, LLC, obedezca los términos de este aviso y se reserva el derecho de cambiar los términos de este aviso en cualquier momento. Si Psychological Assessment Services, LLC, hace algún cambio a este aviso, brindaremos una copia del aviso revisado a nuestros clientes.

Procedimientos de quejas y agravios

Los clientes de Psychological Assessment Services, LLC, tienen el derecho de presentar quejas a Psychological Assessment Services, LLC, o a las autoridades legales si creen que se ha violado sus derechos. Psychological Assessment Services, LLC, animamos a nuestros clientes a que expresen toda inquietud que puedan tener sobre la privacidad de su PHI. No se tomará represalias con nuestros clientes de ninguna forma por haber presentado una queja. Psychological Assessment Services, LLC, anima a los clientes que expresen sus inquietudes a su psicólogo como una etapa inicial de resolución. En caso de que no solucionan las inquietudes del cliente, el cliente debería expresar sus inquietudes por escrito a la propietaria de Psychological Assessment Services, LLC, dentro de 45 días de haberse enterado del problema.

Información de contacto

Psychological Assessment Services, LLC, ha nombrado a Karyn L. Gust-Brey, Ph.D. como su contacto para todos los asuntos relacionados con la privacidad del cliente y sus derechos bajo los estándares federales de la privacidad. Se puede comunicar con Karyn L. Gust-Brey, Ph.D. de Psychological Assessment Services, LLC llamando al (414) 443-1773.

Formulario de consentimiento informado para Psychological Assessment Services, LLC

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento del cliente: _____

Este formulario brinda a nuestros clientes la información específica sobre la evaluación psicológica y los servicios del restablecimiento de la capacidad mental que recibirán en Psychological Assessment Services, LLC. Esta agencia ofrece información escrita y oral a nuestros clientes. Consulte a su psicólogo o becario posdoctoral para alguna clarificación sobre su evaluación y/o tratamiento para el restablecimiento de la capacidad mental.

Realizaremos una serie de exámenes y haremos una entrevista clínica para ayudar a desarrollar un entendimiento total y profundo del motivo de la derivación. Se escribirá un informe sobre la evaluación psicológica para documentar los hallazgos, el diagnóstico y las recomendaciones para el tratamiento. Mientras que esta evaluación no haya sido ordenada por el juez, el cliente o sus padres o tutor legal pueden compartir este informe con otras personas al llenar un formulario para divulgar información. El cliente o sus padres o tutor legal recibirán una copia de este informe siempre y cuando el informe no haya sido ordenado por un juez. Pueden pedir que les brindemos una explicación oral de los resultados.

Lo siguiente se aplica si lo han derivado para participar en esta evaluación para tratar los asuntos relevantes para su caso legal. Si esta evaluación fue ordenada por un juez, se escribirá un informe para compartir con el juez, el fiscal, el abogado defensor, y toda agencia de servicios sociales relevante que esté nombrada en la orden legal. Solamente se enviará el informe a las personas nombradas en el orden legal y dependerá del juez si el informe se puede compartir con otras partes adicionales, incluyendo al cliente o sus padres o tutor legal. Si fue el abogado defensor quien pidió esta evaluación (no existe ninguna orden legal), se compartirá el informe con su abogado defensor para determinar si le entregará el informe al juez. En los casos legales, existe la posibilidad de que nos citen para estos asuntos y que sea necesario dar un testimonio ante el juez.

Si está participando en el tratamiento para el restablecimiento de la capacidad mental, el becario posdoctoral o psicólogo le brindará información sobre los beneficios del tratamiento, los posibles riesgos del tratamiento, cómo se administrará el tratamiento y las opciones alternativas de tratamiento.

Me han dado la oportunidad de conversar sobre toda inquietud que pueda tener sobre mi evaluación psicológica y la privacidad de mi información de salud. Entiendo que la información de mi tratamiento es confidencial a menos que esté yo participando en la evaluación o tratamiento ordenado por el juez y haya una orden legal que estipule que el informe sea divulgado al juez, al fiscal y al abogado defensor. Mi firma en este formulario también indica que he recibido una copia de las políticas de privacidad y los procedimientos de quejas y agravios de Psychological Assessment Services, LLC (incluidos en este paquete para clientes derivados). Entiendo que este documento contiene una explicación de las maneras en que Psychological Assessment Services, LLC, puede usar o divulgar mi información de salud, de mis derechos relacionados con mi información de salud, y cómo utilizar el procedimiento de quejas y agravios.

Cliente (firme si tiene 14 años o mayor)

Fecha

Tutor legal/relación con el cliente (necesario si el cliente es menor de 18 años)

Fecha

Firma del psicólogo o del becario posdoctoral

Fecha

Formulario para divulgar información de Psychological Assessment Services, LLC

Nombre del cliente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nombre del padre, la madre o el tutor legal: _____

Entiendo que la información de mi tratamiento es confidencial a menos que esté yo participando en la evaluación o tratamiento para el restablecimiento de la capacidad mental ordenado por el juez y hay una orden legal que estipule que se tiene que divulgar un informe al juez, al fiscal y al abogado defensor. No tengo ninguna obligación de firmar este formulario. Autorizo que Psychological Assessment Services, LLC, haga lo siguiente con mi información de tratamiento:

- Divulgar la información de mi tratamiento o el informe de mi evaluación psicológica a las personas o agencias a continuación: **(INCLUYA EL NOMBRE Y LA DIRECCIÓN PARA ENVIAR EL INFORME)**

- Recibir información de tratamiento de las personas o agencias a continuación: **(INCLUYA INFORMACIÓN DE CONTACTO)**

Entiendo que esta autorización se vencerá en un año a menos que se haya indicado otra fecha.

Fecha modificada: _____

Entiendo que la información divulgada incluye toda información desde mi nacimiento hasta el fin de mi tratamiento a menos que se haya indicado algo específico a continuación:

Periodo de tiempo: _____

Entiendo que autorizo que se puede divulgar cualquiera información mía a menos que se haya indicado algo específico a continuación:

Información específica divulgada: _____

Cliente (firme si tiene 14 años o mayor) _____ Fecha

Tutor legal/relación con el cliente (necesario si el cliente es menor de 18 años) _____ Fecha

Firma del psicólogo o del becario posdoctoral _____ Fecha

Formulario del acuerdo financiero para Psychological Assessment Services, LLC

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento del cliente: _____

Este formulario brinda información al cliente sobre el costo de los servicios.
Lo siguiente es una lista de los servicios y el costo (marque los servicios y el reembolso ya acordados):

Evaluación psicológica, clasificación, interpretación, redacción del informe, comentarios y testimonio:

\$200 por hora o el reembolso regular del seguro médico o la agencia de derivación por este servicio (nota: _____)

Servicios de asesoría:

\$100 por hora o el reembolso regular del seguro médico o la agencia de derivación por este servicio (nota: _____)

Tratamiento para el restablecimiento de la capacidad mental:

\$125 por hora o el reembolso regular del seguro médico o la agencia de derivación por este servicio (nota: _____)

Psychological Assessment Services, LLC, facturará a los clientes o las agencias de derivación por el costo ya acordado según este acuerdo financiero. Psychological Assessment Services, LLC, facturará mediante el seguro médico privado, ayuda médica, y/o directo al cliente. En caso de que el cliente no tenga seguro médico y/o no pueda pagar los costos de la agencia, se usará una escala proporcional para determinar un costo por los servicios. El precio acordado se registrará en este formulario.

Plan 1: Psychological Assessment Services, LLC facturará a la siguiente agencia o persona por los servicios.

Escriba la compañía de seguro y el número de membresía:

Plan 2: En caso de que "Plan 1" cambie o no cubra el costo total por los servicios, Psychological Assessment Services, LLC facturará la siguiente agencia o persona por los servicios:

Clientes con la escala proporcional:

Basado en mis ingresos anuales de _____, y el número de personas mantenidas con estos ingresos, acepto pagar _____. He incluido una copia de mi talón de cheque más reciente.

Evaluaciones psicológicas:

Para los clientes involucrados en la evaluación psicológica, los detalles sobre el tiempo (servicio directo e indirecto) son estos:

Al firmar este acuerdo financiero, entiendo que me responsabilizo por el pago de los servicios según resumido arriba. Autorizo que Psychological Assessment Services, LLC, divulgue toda información necesaria para procesar mis reclamos de seguro médico.

Firma de la persona responsable por el pago

Fecha

Firma del psicólogo o del becario posdoctoral

Fecha

Formulario de derivación para Psychological Assessment Services, LLC

Persona que llena este formulario

Nombre: _____

Domicilio: _____

Número de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Relación con el paciente: _____

Información del cliente

Nombre del cliente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____

Domicilio actual: _____

Número de teléfono: _____

Idioma principal que se habla: _____

Personas que viven con el cliente (si no se encuentra en el tratamiento residencial o algún hogar grupal):

Nombre del encargado (si diferente de lo anterior): _____

Nombre del padre, madre o tutor legal (si diferente de lo anterior): _____

Domicilio del padre, madre o tutor legal (si diferente de lo anterior): _____

Número de teléfono del padre, madre o tutor legal (si diferente de lo anterior): _____

Correo electrónico: _____

1. ¿Cuál(es) pregunta(s) específica(s) quisiera contestar con esta evaluación? Describa brevemente la(s) dificultad(es) actual(es) del cliente. ¿Por cuánto tiempo ha sido una preocupación? ¿Qué parece ayudar a hacer que esta preocupación mejore o empeore? _____

2. ¿Qué medicamento psicotrópico toma el cliente actualmente y con qué dosis? Incluya una descripción del tratamiento actual como terapia u otros servicios. _____

3. ¿Qué terapia, tratamiento (incluyendo hospitalizaciones) o medicamentos ha usado el cliente anteriormente? ¿A qué edad empezó el tratamiento para la salud mental? _____

4. Describa el historial familiar del cliente, quién le crio, cuántos hermanos tiene e incluya toda preocupación actual de la salud mental o pérdidas dentro de la familia. _____

5. Describa las relaciones sociales del cliente, incluyendo toda amistad, romance, o conducta sexual (si existe y a qué edad). _____

6. ¿Cómo es el rendimiento académico y/o laboral del cliente? Incluya todo historial de educación especial tanto como cualquier asunto conductual en la escuela. ¿Ha sido militar el cliente o ha recibido seguro social? _____

7. ¿Cuáles son los antecedentes legales del cliente (si tiene la edad para dicha conducta)? Incluya todos los cargos y multas actuales o anteriores. _____

8. Describa todo historial de cualquier consumo de sustancias o tratamiento para el uso de sustancias (si tiene la edad para dicha conducta). _____

9. Describa el historial médico actual y anterior del cliente. Incluya todo lo que se sabe sobre el logro de los objetivos de desarrollo. _____

10. Si al cliente le han hecho evaluaciones psicológicas anteriores, incluya cuándo se las hicieron, quién se las hizo y todo hallazgo relevante. _____

11. ¿Qué diagnósticos ha tenido el cliente por medio de otras fuentes aparte de las evaluaciones psicológicas?

12. ¿Tiene el cliente algún historial de abuso físico, sexual o descuido? ¿Hay algún otro evento traumático, como ser testigo de violencia, violencia doméstica, ser víctima de algún delito, u otro trauma? Si afirmativo, describa. _____

13. Incluya toda información sobre los intentos del cliente para autolastimarse, conducta de autolesión, y/o intentos para lastimar a otras personas. _____

14. Describa información relevante sobre los intereses, habilidades y fortalezas del cliente. Incluya también toda creencia espiritual de importancia. _____

15. ¿Hay algo más que debemos saber para esta evaluación? _____

Muchas gracias por completar esta derivación; solamente necesita entregar las páginas 5 a 11.