

PRE-CERTIFICACION PARA PRUEBAS NEUROPSICOLOGICAS

Asegurado: _____ **Contrato:** _____

Fecha Nacimiento: _____ **Edad:** _____

Profesional que refiere: _____

Disciplina: Neurólogo Psiquiatra Psicólogo Neuropsicólogo

Neuropsicólogo que administrará la prueba: _____

NPI: _____ **Teléfono:** _____

Fax: _____ **Email:** _____

Dirección: _____

Pruebas administradas por: Proveedor Asistente/Técnico Computadora

Cantidad de unidades solicitadas: _____

Pruebas Que va a administrar: _____

EVALUACION CLINICA PREVIA

- Evaluaciones clínicas que se han llevado a cabo antes de esta solicitud
___ Examen neurológico ___ Examen mental
- Diagnósticos ICD-10 _____
Condiciones Neuropsicológicas a evaluar por estas pruebas
 1. ___ Trauma cerebral (TBI)
 - Confirmado por imágenes
 - Trauma a cabeza con estado de consciencia alterado o amnesia.
 2. ___ Daño Cerebral por hipoxia
 3. ___ S/P Cirugía intracraneal
 4. ___ Exposición confirmada a neurotoxina
 5. ___ S/P Encefalitis o Meningitis
 6. ___ Accidente cerebro vascular (CVA)
 7. ___ Tumor cerebral en remisión o de progresión lenta
 8. ___ Daño confirmado a cerebro por radiación
 9. ___ Demencia ó Posible "Mild Cognitive Impairment"
 10. ___ Epilepsia con posible deterioro cognitivo. ___ En tratamiento óptimo, pero con convulsiones de 1 ó más por mes. ___ Con plan de cirugía para controlar convulsiones.
 11. ___ Esclerosis múltiple con posible deterioro cognitivo
 12. ___ Otras _____
- Otros hallazgos:
Historial de uso de sustancias controladas: Sí Abstinencia por más de 6 meses No
Estado activo de embriaguez o de intoxicación por alguna sustancia: Sí No
Medicamentos descartados como posible causa de deterioro cognitivo: Sí No
- ¿Cómo es que esta Evaluación Neuropsicológica específicamente va a contribuir con el tratamiento, pronosis o calidad de vida del asegurado? _____

- ¿Las dudas sobre el diagnóstico, tratamiento o prognosis, se pueden aclarar con una evaluación clínica exhaustiva? Sí No. Explique _____

- ¿Las dudas sobre el diagnóstico, tratamiento o prognosis, se aclararían de manera más prontamente mediante las pruebas neuropsicológicas? No Sí. Explique _____

- ¿Se han llevado a cabo Pruebas Neuropsicológicas en este asegurado antes? Sí No
¿Cuántas veces en su vida? _____.
Última administración de pruebas fue hace:
 6 meses 12 meses 24 meses 36 meses N/A
¿Cuáles fueron los resultados? _____

- Si es afirmativo, ¿Por qué hay que repetir las? N/A

Cambio inesperado de síntomas en los últimos 4 meses

Evaluación de respuesta a un tratamiento nuevo

Evaluar progreso en funcionalidad
- Historial de otros diagnósticos previos:
____ Ninguno
____ Enfermedad de Alzheimer, ____ Lewy Body, ____ Pick ó ____ Parkinson
____ Epilepsia
____ Tumor Cerebral ____ Enfermedad cerebrovascular: _____
____ Depresión Mayor ____ Trastorno Bipolar ____ Esquizofrenia
____ Otros: _____
- Encuestas de cernimiento realizadas por algún proveedor previo a esta solicitud:
____ MOCA ____ MMSE Folstein ____ Escala geriátrica de depresión
____ Escala Beck/Hamilton de Ansiedad ____ Escala Beck/Hamilton de Depresión
____ Otras _____
Resultado de la encuesta de cernimiento: _____

***Nota aclaratoria:** Las prueba neuropsicológica deben cumplir el propósito de poder diferenciar entre diagnósticos con síntomas similares y con una meta de tratamiento específica. Y no deben ser utilizadas para, determinación de incapacidad, ubicación en centros de cuidado, fines educativos, descartar trastornos de personalidad, como prueba de cernimiento para enfermedad de Alzheimer o cualquier otro fin no clínico.

*De no completar el proceso de evaluación, análisis y reporte en un período de 45 días calendario, favor de comunicarse con nuestros coordinadores, para modificar el período de autorización.

*Una vez completada esta documentación, puede ser enviada por fax al 1-866-464-0928, o vía correo regular a la siguiente dirección:

FHC First Healthcare
Valencia I Edificio 17 C/2
Buzón 520 Metro Office Park
Guaynabo, PR 00968

*De acuerdo a la política de privacidad de FHC, estos números de fax son seguros para la trasmisión de los formularios.

Referencia: Local Coverage Determinations for First Coast Service Options, Inc. Psychological and Neuropsychological Test (L34520) <http://www.cms.gov>