

SOLICITUD PARA EXTENSION PRUEBAS NEUROPSICOLOGICAS

Asegurado: _____ **Contrato:** _____

Fecha Nacimiento: _____ **Edad:** _____

Proveedor que administrará las pruebas

Nombre: _____

NPI: _____ **Teléfono:** _____

Fax: _____ **Email:** _____

Dirección: _____

Pruebas administradas por: Proveedor Asistente/Técnico Computadora

Cantidad de unidades solicitadas: _____

PRUEBAS RECOMENDADAS

A ser completado por proveedor que administra las pruebas / Neuropsicólogo:

PRUEBA	IMPACTO CLINICO	CODIGO	# UNIDADES
EIWA III (Escala de Inteligencia Wechsler Adultos)			
COWA (Controlled Oral Word Association)			
BNT-SF (Boston Naming Test)			
TMT A Trazados A (Trail Making Test A)			
TMT B Trazados B (Trail Making Test B)			
Prueba de la Figura Compleja del Rey			
CVLT (California Verbal Learning Test)			
MAE (Multilingual Aphasia Examination)			
Tower of London Test			
Baterias de Pruebas de Benton			
Conner's Continuos Performance Test			

*Puede usar hojas adicionales para describir pruebas no mencionadas arriba.

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 o Posible "Mild Cognitive Impairment"
10. ___ Epilepsia con posible deterioro cognitivo. ___ En tratamiento óptimo, pero con convulsiones de 1 o más por mes. ___ Con plan de cirugía para controlar convulsiones.
11. ___ Esclerosis múltiple con posible deterioro cognitivo
12. ___ Otras _____
13. _____

- ¿Cómo es que esta Evaluación Neuropsicológica adicional específicamente va a contribuir con el tratamiento, prognosis o calidad de vida del asegurado? _____

- ¿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? _____ .
- Fecha de la última evaluación: _____
¿Cuáles fueron los resultados? _____

***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>