

Apéndice A.

**FORMATO DE AUTORIZACIÓN Y LIBERACIÓN DE POLÍGRAFO**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Mi dirección es: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de día: \_\_\_\_\_ Teléfono tardes: \_\_\_\_\_

Licencia de Manejo/ID Estatal: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Poligrafista: \_\_\_\_\_

Lugar de Evaluación: \_\_\_\_\_

1 \_\_\_\_\_ Por la presente autorizo al profesional mencionado anteriormente, quien es examinador de polígrafo calificado, para administrarme un examen de polígrafo en la fecha indicada anteriormente. Entiendo que puedo cancelar los procedimientos de evaluación en cualquier momento. Entiendo además que no seré detenido para completar la examinación o entrevista si quiero parar.

2 \_\_\_\_\_ Estoy de acuerdo en tomar esta examinación, sin promesa o recompensa alguna, incluyendo promesas de resultados favorables. Entiendo que la opinión experta del examinador se basará en los datos de prueba poligráfica con respecto a si he sido veraz o engañoso durante la examinación.

3 \_\_\_\_\_ Tengo salud física y mental adecuada (estable) para completar esta examinación.

4 \_\_\_\_\_ Entiendo que el equipo de examinación y los principios fisiológicos de la prueba, se explicarán a mi satisfacción antes de comenzar el examen. Entiendo además que el examen consistirá tanto de una fase de entrevista/discusión y de una de registro de datos de prueba, durante la cual las preguntas de prueba se repetirán múltiples veces.

5 \_\_\_\_\_ Entiendo que todas las preguntas serán leídas y revisadas conmigo antes de comenzar el examen. Entiendo además que tengo la oportunidad de pedir aclaraciones antes de registrar mis respuestas fisiológicas ante las preguntas de prueba. Entiendo que seré avisado cuando el registro de mis respuestas fisiológicas inicie y terminen.

6 \_\_\_\_\_ Entiendo que la información de esta examinación podría ser revisada de manera anónima o agregada por otros profesionales para fines de aseguramiento de calidad y desarrollo profesional. Entiendo además que esto no involucra actividades experimentales que podrían afectar el resultado de esta prueba o la razón de referencia de esta examinación.

7 \_\_\_\_\_ Registro de examinación (circule): Audio SI NO Video SI NO

8 \_\_\_\_\_ Autorizo la entrega de los resultados y la información de este examen, tanto de forma oral, por escrito y por vía electrónica. Entiendo además que la información puede incluir el contenido del examen vídeo/audio grabado de entrevista y los resultados del examen, agregado al informe sumario escrito. La información será proporcionada a:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9 \_\_\_\_\_ La información de esta examinación ESTÁ / NO ESTÁ (circule) privilegiada y es producto de trabajo confidencial de abogado

10 \_\_\_\_\_ Los receptores de esta información ESTAN / NO ESTÁN (circule) obligados a reportar casos conocidos o de sospecha de abuso de menor o de otras personas vulnerables

11 \_\_\_\_\_ Esta autorización de entrega de la información enlistada expira (365 días máximo): \_\_\_\_\_

12 \_\_\_\_\_ A mi nombre y de mi familia, herederos y ejecutores libero y descargo indefinidamente de todo daño, obligación, responsabilidad, o daño de cualquier tipo, al examinador nombrado anteriormente, incluyendo a cualquier asociado o afiliado nombrado o no, o afiliados, incluidos los oficiales, agentes, empleados, empleadores y asociados de todos los pleitos, acciones o reclamaciones legales resultantes de este examen.

\_\_\_\_\_  
Firma de Examinado Fecha Testigo

R. Nelson (2008, 2019)

This article is copyrighted by the American Polygraph Association (APA), and appears here with the permission of the APA.  
La American Polygraph Association (APA) tiene los Derechos de Autor de este artículo, y aparece aquí con el permiso de la APA

Traductor: [rodolfo@poligrafia.com.mx](mailto:rodolfo@poligrafia.com.mx)

APA Magazine 2019, 52 (1) 59

**La porción siguiente debe ser completada al finalizar la evaluación.**

\_\_\_\_\_ Este examen se concluyó a las \_\_\_\_\_. Al firmar esta parte reafirmo completamente en su totalidad mi acuerdo previo de que terminé el examen por mi propia voluntad, sin promesas de recompensa o de resultados especiales en la prueba, a sabiendas de que podría detenerla en cualquier momento o consultar con un abogado o cualquier otra persona.

\_\_\_\_\_

Firma de Examinado

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Testigo