

## ABA/ BHT 轉介表 (Medi-Cal)

必須由持證醫生、外科醫生或心理學家填寫  
所提供的資訊將根據 HIPAA 要求和其他適用的保密法規受到保護

提交時必須填寫所有部分

### 患者資訊:

---

患者姓氏/名字: \_\_\_\_\_

患者出生日期: \_\_\_\_\_ 保戶 ID 號碼: \_\_\_\_\_

診斷 (若有) (非必填項): \_\_\_\_\_

患者是否: 21 歲以下? \_\_\_\_\_ 是 \_\_\_\_\_ 否 病情穩定? \_\_\_\_\_ 是 \_\_\_\_\_ 否

患者是否需要醫院或智障人士中間護理設施提供的 24 小時醫療/護理監測或程序? \_\_\_\_\_ 是 \_\_\_\_\_ 否

### 提供者資訊:

---

提供者名稱: \_\_\_\_\_ 許可證/認證/聯邦稅務 ID 號碼: \_\_\_\_\_

街道地址: \_\_\_\_\_ 城市/州/郵遞區號: \_\_\_\_\_

電話號碼: \_\_\_\_\_ 傳真號碼: \_\_\_\_\_

### 表現的行為問題:

---

- |                                  |                                 |                                |
|----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 言語延遲    | <input type="checkbox"/> 目光接觸不良 | <input type="checkbox"/> 社交反應低 |
| <input type="checkbox"/> 同儕互動少   | <input type="checkbox"/> 重複行為   | <input type="checkbox"/> 過動症   |
| <input type="checkbox"/> 過份專注於興趣 | <input type="checkbox"/> 刻板運動   | <input type="checkbox"/> 模仿言語  |
| <input type="checkbox"/> 自傷      | <input type="checkbox"/> 侵略性    | <input type="checkbox"/> 遊盪    |

### 臨床資訊

---

1. 是否建議 BHT/ABA 治療評估? \_\_\_\_\_ 是 \_\_\_\_\_ 否

2. 家人/護理員是否選擇了 BHT/ABA 提供者? \_\_\_\_\_ 是 \_\_\_\_\_ 否

如果是, ABA/BHT 提供者名稱: \_\_\_\_\_

提供者簽名: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

\*請將填妥的 ABA/BHT 轉介表回傳至: