

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: