

АВА/ ВНТ Форма направления (Medi-Cal)

Должно быть заполнено лицензированным врачом, хирургом или психологом.
Предоставленная информация будет защищена в соответствии с требованиями HIPAA и другими применимыми правилами конфиденциальности

ВСЕ РАЗДЕЛЫ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ЗАПОЛНЕНЫ ДЛЯ ОТПРАВКИ

Информация о пациенте:

Фамилия/Имя пациента: _____

Дата рождения пациента: _____ Идентификатор подписчика: _____

Диагноз, если доступен (не обязательно): _____

Пациент: Вам меньше 21 года? ____ Да ____ Нет Состояние стабильное? ____ Да ____ Нет

Нуждается ли пациент в круглосуточном медицинском/сестринском наблюдении или процедурах, предоставляемых в больнице или учреждении промежуточного ухода для лиц с ограниченными интеллектуальными возможностями? ____ Да ____ Нет

Информация о поставщике услуг:

Имя поставщика услуг: _____ Лицензия/Сертификация/Федеральный _____

налоговый идентификационный номер: _____

Адрес улицы: _____ Город/штат/почтовый индекс: _____

Номер телефона: _____ Факс: _____

Представление поведенческих проблем:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Задержка речи | <input type="checkbox"/> Плохой зрительный контакт | <input type="checkbox"/> Низкий уровень социальной реакции |
| <input type="checkbox"/> Низкий уровень взаимодействия со сверстниками | <input type="checkbox"/> Повторяющееся поведение | <input type="checkbox"/> Гиперактивность |
| <input type="checkbox"/> Озабоченность интересами | <input type="checkbox"/> Стереотипное движение | <input type="checkbox"/> Эхолалия |
| <input type="checkbox"/> Самоповреждение | <input type="checkbox"/> Агрессия | <input type="checkbox"/> Побег |

Клиническая информация

1. Рекомендуется ли оценка лечения ВНТ/АВА? ____ Да ____ Нет

2. Выбрала ли семья/опекун поставщика услуг ВНТ/АВА? ____ Да ____ Нет

Если да, имя поставщика АВА/ВНТ: _____

Подпись поставщика услуг: _____ Дата: _____

*Верните заполненную форму направления АВА/ВНТ по адресу:

Электронная почта: ASGCa.re.Managers@carelon.com

Факс: 877-321-1776