



Formulario de derivación para el tratamiento de salud conductual (BHT)/análisis conductual aplicado (ABA) (Medi-Cal)

Debe ser completado por un médico, cirujano o psicólogo certificado.

La información proporcionada debe protegerse de acuerdo con los requisitos de la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA) y otras regulaciones de confidencialidad aplicables.

TODAS LAS SECCIONES DEBEN SER COMPLETADAS PARA EL ENVÍO

Información del paciente:

Nombre/apellido del paciente: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____ Núm. de identificación de suscriptor: _____

Diagnóstico si está disponible (*no obligatorio*): _____

El paciente: ¿Tiene menos de 21 años? ___ Sí ___ No

¿Es medicamento estable? ___ Sí ___ No

¿El paciente necesita seguimiento médico/de enfermería las 24 horas o procedimientos brindados en un hospital o centro de cuidados médicos intermedios para personas con discapacidad intelectual? ___ Sí ___ No

Información del proveedor:

Nombre del proveedor: _____

Licencia/Certificación/Número de identificación fiscal federal: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código postal: _____

Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

Presentación de preocupaciones de comportamiento:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Retraso del habla | <input type="checkbox"/> Poco contacto visual | <input type="checkbox"/> Baja respuesta social |
| <input type="checkbox"/> Baja interacción entre pares | <input type="checkbox"/> Comportamientos repetitivos | <input type="checkbox"/> Hiperactividad |
| <input type="checkbox"/> Preocupación de intereses | <input type="checkbox"/> Movimientos estereotipados | <input type="checkbox"/> Ecolalia |
| <input type="checkbox"/> Autolesiones | <input type="checkbox"/> Agresiones | <input type="checkbox"/> Fuga |

Información clínica

1. ¿Es recomendable la evaluación del BHT/ABA? ___ Sí ___ No

2. ¿Ha elegido la familia/cuidador un proveedor para el BHT/ABA? ___ Sí ___ No

En caso afirmativo, nombre del proveedor para el ABA/BHT: _____

Firma del proveedor: _____ Fecha: _____

*Devuelva el formulario de derivación para el BHT/ABA completo a:

Correo electrónico: ASGCare.Managers@carelon.com

Fax: 877-321-1776