

## Referral Form para sa ABA/ BHT (Medi-Cal)

### Dapat kumpletuhin ng Lisensyadong Doktor, Surgeon o Psychologist

Ang ibibigay na impormasyon ay poprotektahan nang alinsunod sa mga kinakailangan ng HIPAA at iba pang naaangkop na mga regulasyon sa pagiging kumpidensyal

### DAPAT KUMPLETUHIN ANG LAHAT NG SEKSYON PARA ISUMITE

#### Impormasyon ng Pasyente:

---

Apelyido/Pangalan ng Pasyente: \_\_\_\_\_

Petsa ng Kapanganakan ng Pasyente: \_\_\_\_\_ ID# ng Subscriber: \_\_\_\_\_

Diyagnosis kung available (*hindi kailangan*): \_\_\_\_\_

Ang pasyente ba ay: Wala pang edad na 21 taong gulang? \_\_\_\_\_ Oo \_\_\_\_\_ Hindi  
Stable ang kalagayan? \_\_\_\_\_ Oo \_\_\_\_\_ Hindi

Kailangan ba ng pasyente ang 24 na oras na pagsubaybay ng doktor/nurse o mga procedure na ibinibigay sa isang ospital o pasilidad para sa intermediate na pangangalaga para sa mga taong may mga kapansanan sa pag-iisip? \_\_\_\_\_ Oo \_\_\_\_\_ Hindi

#### Impormasyon ng Provider:

---

Pangalan ng Provider: \_\_\_\_\_

Lisensya/Sertipikasyon/ID# sa Pederal na Buwis: \_\_\_\_\_

Street Address: \_\_\_\_\_ City/Estado/Zip: \_\_\_\_\_

Numero ng Telepono: \_\_\_\_\_ Numero ng Fax: \_\_\_\_\_

#### Nagpapakita ng Mga Alalahanin sa Pag-uugali:

---

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Delay sa Pagsasalita             | <input type="checkbox"/> Hindi Makatingin nang Diretso | <input type="checkbox"/> Kaunti ang Pagtugon sa Pakikisalamuha |
| <input type="checkbox"/> Kaunting Pakikisalamuha sa Kapwa | <input type="checkbox"/> Paulit-ulit na mga Gawi       | <input type="checkbox"/> Hyperactivity                         |
| <input type="checkbox"/> Pagkahumaling sa mga Interes     | <input type="checkbox"/> Stereotypic na Paggalaw       | <input type="checkbox"/> Echolalia (pag-ulit ng mga salita)    |
| <input type="checkbox"/> Pananakit sa Sarili              | <input type="checkbox"/> Aggression                    | <input type="checkbox"/> Pagtatanan                            |

#### Klinikal na impormasyon

---

1. Inirerekomenda ba ang Pag-assess ng Paggamot sa BHT/ ABA? \_\_\_\_\_ Oo \_\_\_\_\_ Hindi

2. Pumili ba ang pamilya/caregiver ng Provider ng BHT/ABA? \_\_\_\_\_ Oo \_\_\_\_\_ Hindi

Kung oo, Pangalan ng Provider ng ABA/BHT: \_\_\_\_\_

Pirma ng Provider: \_\_\_\_\_ Petsa: \_\_\_\_\_

\*Ibalik ang Nakumpletong ABA/BHT Referral Form sa:

**Email:** [ASGCare.Managers@carelon.com](mailto:ASGCare.Managers@carelon.com)

**Fax:** 877-321-1776