

Mẫu đơn giới thiệu ABA/ BHT (Medi-Cal)

Phải do Bác Sĩ Có Giấy Phép Hành Nghề, Bác Sĩ Phẫu Thuật, hoặc Nhà Tâm Lý Học điền

Thông tin cung cấp sẽ được bảo vệ theo các yêu cầu của HIPAA và các quy định bảo mật liên quan khác

PHẢI ĐIỀN TẤT CẢ CÁC PHẦN ĐỂ NỘP

Thông Tin Bệnh Nhân:

Họ/Tên Bệnh Nhân: _____

Ngày Sinh Bệnh Nhân: _____ ID Người Đăng Ký: _____

Chẩn đoán nếu có (không bắt buộc): _____

Bệnh nhân: Dưới 21 tuổi? _____ Có _____ Không. Ổn định về mặt y tế? _____ Có _____ Không

Bệnh nhân có cần giám sát y tế/cần điều dưỡng 24 giờ hoặc các thủ thuật tại bệnh viện hay cơ sở chăm sóc trung gian dành cho người khuyết tật trí tuệ không? _____ Có _____ Không

Thông Tin Nhà Cung Cấp Dịch Vụ:

Tên Nhà Cung Cấp: _____ Giấy Phép/Giấy Chứng Nhận/Mã Số Thuế Liên Bang: _____

Địa Chỉ Đường Phố: _____ Thành Phố/Tiểu Bang/Mã Bưu Chính: _____

Số Điện Thoại: _____ Số Fax: _____

Các Quan Ngại Về Hành Vi:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Chậm Nói | <input type="checkbox"/> Giao Tiếp Bằng Mắt Kém | <input type="checkbox"/> Phản Hồi Xã Hội Thấp |
| <input type="checkbox"/> Tương Tác Kém Với Bạn Bè | <input type="checkbox"/> Hành Vi Lặp Lại | <input type="checkbox"/> Tăng Động |
| <input type="checkbox"/> Quan Tâm Đặc Biệt Đến Một Số Sở Thích | <input type="checkbox"/> Cử Động Lặp Đi Lặp Lại | <input type="checkbox"/> Nhại Lại Lời Nói |
| <input type="checkbox"/> Tự Gây Tổn Thương | <input type="checkbox"/> Hung Hăng | <input type="checkbox"/> Bỏ Trốn |

Thông Tin Lâm Sàng

1. Có Khuyến Nghị Đánh Giá Điều Trị BHT/ABA Không? _____ Có _____ Không

2. Gia đình/người chăm sóc đã chọn nhà cung cấp BHT/ABA chưa? _____ Có _____ Không

Nếu có, Tên Nhà Cung Cấp ABA/BHT: _____

Chữ Ký Nhà Cung Cấp: _____ Ngày: _____

*Trả Lại Mẫu Đơn Giới Thiệu ABA/BHT Đã Điền Đến: