carelon

診斷評估表 (Medi-Cal)

由內科醫生、兒科醫生、神經科醫生或執業臨床心理學家(MD/DO/PhD/PsyD) 填寫

以下填寫的資訊將根據《健康保險攜帶和責任法案》(HIPAA) 要求
和其他適用保密法規受到保護

患者資訊：

患者姓/名：_____

患者出生日期：_____ 訂戶識別號：_____

提供者資訊：

提供者名稱：_____ 執照/認證/聯邦稅號：_____

街道地址：_____ 城市/州/郵遞區號：_____

電話號碼：_____ 傳真號碼：_____

評估/評量資訊：

評估/評量日期：_____

1. **已識別的行為過度及不足摘要：**
   - ☐ 言語延遲
   - ☐ 缺乏目光接觸
   - ☐ 缺乏社會反應
   - ☐ 同伴互動少
   - ☐ 重複行為
   - ☐ 多動症
   - ☐ 專注於感興趣的事物
   - ☐ 模式化運動
   - ☐ 模仿言語
   - ☐ 自殘
   - ☐ 攻擊性
   - ☐ 逃跑
2. **是否建議 BHT/ABA 治療評估：**（是/否）_____
3. **如尚未確診 ASD，是否建議進行 CDE？：**（是/否）_____
4. **行為健康診斷：**
   主要代碼：_____
   次要代碼：_____
5. **醫學診斷：**_____
   描述可能導致或加重上述行為過度或不足的任何醫療狀況：_____

提供者簽名：_____ 日期：_____

*將填妥的診斷評估表寄回至：

電子郵件：
ASGCare.Managers@carelon.com

傳真：
877-321-1776