

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

思者姓/名: 思者出生日期:	患者資訊:		
提供者名稱:	患者姓/名:		
提供者名稱:	患者出生日期:		訂戶識別號:
街道地址:			
### ### ### ### ### #################	提供者名稱:		執照/認證/聯邦稅號:
評估/評量資訊: 1. 已識別的行為過度及不足摘要: 缺乏目光接觸 缺乏社會反應 一言語延遲 數之行為 多動症 一同伴互動少 模式化運動 模仿言語 一專注於感興趣的事物 校仿言語 上發性 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:	街道地址:		城市/州/郵遞區號:
評估/評量日期: 1. 已識別的行為過度及不足摘要: □ 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: 次要代碼:	電話號碼:		傳真號碼:
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:	評估/評量資訊:		
加达与此分及加重工还自然应及为下文时上门督炼队////·	1. 已識別的行為過度及不足摘要: □ 言語延遲 □ 同伴互動少 □ 專注於感興趣的事物 □ 自殘 2. 是否建議 BHT/ABA 治療評估:(3. 如尚未確診 ASD,是否建議進行 C 4. 行為健康診斷: 主要代碼: 次要代碼: 次要代碼: 次要代碼:	□ 缺乏目光接觸 □ 重複行為 □ 模式化運動 □ 攻擊性 是/否)	□ 多動症 □ 模仿言語 □ 逃跑
提供者簽名:	提供者簽名:		

將填妥的診斷評估表奇回至:

電子郵件:

<u>傳真:</u>

ASGCare.Managers@carelon.com

877-321-1776