carelon

Форма диагностической оценки (Medi-Cal)

Заполняется врачом, педиатром, неврологом или лицензированным клиническим психологом. (MD/DO/PhD/PsyD)

Предоставленная информация будет защищена в соответствии с требованиями HIPAA и другими применимые положения о конфиденциальности

Информация о пациенте:

Фамилия/имя пациента: _____

Дата рождения пациента: _____ Идентификатор подписчика #: _____

Информация о провайдере:

Имя провайдера: _____

Лицензия/Сертификат/ Идентификационный номер налогоплательщика Федеральной резервной системы №: _____

Адрес: _____ Город/Штат/Почтовый индекс: _____

Телефон #: _____ Факс #: _____

Информация об оценке:

Дата оценки: _____

1. **Краткое изложение выявленных поведенческих излишеств и недостатков:**
   - ☐ Задержка речи
   - ☐ Низкое взаимодействие со сверстниками
   - ☐ Озабоченность интересами
   - ☐ Самоповреждение
   - ☐ Плохой зрительный контакт
   - ☐ Повторяющееся поведение
   - ☐ Стереотипное движение
   - ☐ Агрессия
   - ☐ Низкий социальный отклик
   - ☐ Гиперактивность
   - ☐ Эхолалия
   - ☐ Побег

2. **Рекомендуется ли оценка лечения BHT/ABA:** (да/нет) _____

3. **Если диагноз PAC не был поставлен, рекомендуется ли CDE?:** (да/нет) _____

4. **Диагностика поведенческого здоровья:**
   Основной код: _____
   Вторичный код: _____

5. **Медицинский диагноз:** _____
   Опишите любые медицинские состояния, которые могут вызывать или способствовать поведенческим эксцессам или дефицитам, описанным выше: _____

Подпись провайдера: _____ Дата: _____

* Верните заполненную форму диагностической оценки по адресу:

Электронная почта:
ASGCare.Managers@carelon.com

Факс:
877-321-1776