Formulario de evaluación de diagnóstico (Medi-Cal)

Lo llena un médico, pediatra, neurólogo o psicólogo clínico con licencia (MD, DO, PhD o PsyD)

La información proporcionada estará protegida de acuerdo con los requisitos de la Ley de Responsabilidad y Transferencia de Seguros Médicos (HIPAA) y otros reglamentos de confidencialidad correspondientes.

Información del paciente:

Apellido y nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____ Identificación de suscriptor n.º: _____

Información del proveedor:

Nombre del proveedor: _____ N.º de licencia, certificación o de identificación fiscal federal: _____

Dirección: _____ Ciudad, estado y código postal: _____

N.º de teléfono: _____ N.º de fax: _____

Información de evaluación/examen:

Fecha de evaluación/examen: _____

1. **Resumen de excesos y deficiencias del comportamiento identificados:**
   - ☐ Retraso del habla
   - ☐ Poca interacción con personas de su edad
   - ☐ Preocupación por intereses
   - ☐ Autolesión
   - ☐ Contacto visual deficiente
   - ☐ Comportamientos repetitivos
   - ☐ Movimiento estereotipado
   - ☐ Agresión
   - ☐ Respuesta social escasa
   - ☐ Hiperactividad
   - ☐ Ecolalia
   - ☐ Fuga
2. **Se recomienda evaluación para tratamiento de salud del comportamiento (BHT) o análisis de comportamiento aplicado (ABA):** (sí/no) _____
3. **Si no se ha hecho un diagnóstico de trastorno del espectro autista (TEA), ¿se recomienda una evaluación de desarrollo infantil (CDE)?:** (sí/no) _____
4. **Diagnóstico de salud del comportamiento:**
   Código principal: _____
   Código secundario: _____
5. **Diagnóstico médico:** _____
   Describa cualquier afección médica que podría estar causando o contribuyendo a los excesos o déficits de comportamiento señalados anteriormente:

Firma del proveedor: _____ Fecha: _____

* Devuelva el formulario de evaluación de diagnóstico lleno a:

Correo electrónico:
ASGCare.Managers@carelon.com

Fax:
877-321-1776