carelon

Form para sa Diyagnostikong Pagsusuri (Medi-Cal)

Kukumpletuhin ng Doktor, Pediatrician, Neurologist, o Lisensyadong Clinical Psychologist (MD/DO/PhD/PsyD)

Ang ibinigay na impormasyon ay poprotektahan nang alisunod sa mga hinihiling ng HIPAA at iba pang naaangkop na mga regulasyon sa pagiging kumpidensyal

Impormasyon ng Pasyente:

Apelyido/Pangalan ng Pasyente: _____

Petsa ng Kapanganakan ng Pasyente: _____ Numero ng ID ng Subscriber: _____

Impormasyon ng Provider:

Pangalan ng Provider: _____ Lisensya/Sertipikasyon/Numero ng ID sa Pederal na Buwis: _____

Street Address: _____ Lungsod/Estado/Zip: _____

Numero ng Telepono: _____ Numero ng Fax: _____

Impormasyon ng Pagsusuri/Pag-assess:

Petsa ng Pagsusuri/Pag-assess: _____

1. **Buod ng Natukoy na Mga Sobra at Kakulangan sa Pag-uugali:**
   - ☐ Pagkaantala ng Pagsasalita
   - ☐ Hindi Makatingin
   - ☐ Mababang Pagtugon sa Pakikisalamuha
   - ☐ Mababang Interaksyon sa Kapareho
   - ☐ Paulit-ulit na mga Pag-uugali
   - ☐ Masyadong Aktibo
   - ☐ Abala sa Mga Interes
   - ☐ Stereotypic (Paulit-ulit) na Paggalaw
   - ☐ Echolalia (Pag-uulit ng Sinabi ng Ibang Tao)
   - ☐ Pananakit sa Sarili
   - ☐ Agresyon
   - ☐ Paglalayas
2. **Inirerekomenda ba ang Pag-assess ng Paggamot ng BHT/ABA:** (oo/hindi) _____
3. **Kung hindi pa nagawa ang diyagnosis para sa ASD, inirerekomenda ba ang CDE?:** (oo/hindi) _____
4. **Diyagnosis ng Kalusugan ng Pag-uugali:**
   Pangunahing Code: _____
   Pangalawang Code: _____
5. **Medikal na Diyagnosis:** _____
   Ilarawan ang anumang medikal na kondisyon na maaaring nagdudulot o nag-aambag sa mga sobra o kakulangan na inilarawan sa itaas: _____

Pirma ng Provider: _____ Petsa: _____

*Ibalik ang Nakumpletong Form para sa Diyagnostikong Pagsusuri sa:

Email:
ASGCare.Managers@carelon.com

Fax:
877-321-1776