



Correo postal:: 219 Gerald Dr, Simpsonville SC 29681
Teléfono: (864) 757-9918
Fax: (864) 757-9921
Sitio web: behaviorsagogo.com

Paquete de Admisión de Cliente

Por favor, seleccione su ubicación:

Greenville **West Columbia**

Por favor, envíe TODOS los siguientes documentos a: referral@bhagogo.biz

- Este paquete de admisión completado.
- Copias del anverso y reverso de la(s) tarjeta(s) de seguro de salud para el Seguro Primario y Secundario.
- Documentos para ABA:
 - Diagnóstico formal de TEA según la edición actual del DSM; basado en pruebas psicológicas
- Documentos para OT, PT y ST:
 - Última evaluación para terapias ocupacionales, físicas o del habla.
 - Resúmenes de alta de OT, PT, ST.

Lo que ofrecemos

- Servicios de Terapia ABA
- Servicios de Terapia Ocupacional basada en centro
- Servicios de Terapia del Habla basada en centro
- Servicios de Terapia Física basada en centro

Terapia ABA integral

El tratamiento a menudo implica un nivel de intensidad de 30-40 horas de tratamiento directo 1:1 al cliente por semana, sin incluir la capacitación para cuidadores, supervisión y otros servicios necesarios. Sin embargo, los niños muy pequeños pueden comenzar con unas pocas horas (es decir, 4 horas) de terapia por día con el objetivo de aumentar la intensidad de la terapia según su capacidad para tolerarla y participar en ella. Las horas de tratamiento se aumentan o disminuyen posteriormente según la respuesta del cliente al tratamiento y sus necesidades actuales. Las horas pueden aumentarse para alcanzar más eficientemente los objetivos del tratamiento. Las disminuciones en las horas de terapia por semana generalmente ocurren cuando un cliente ha cumplido la mayoría de los objetivos del tratamiento y está avanzando hacia el alta.

Disponibilidad de los Padres

Behaviors A Go-Go ofrece servicios de ABA siguiendo las mejores prácticas. Hay muchos factores críticos involucrados para que un niño se desarrolle y alcance su máximo potencial. Aunque el niño recibe la mayoría de los servicios, es crítico que usted, los padres/cuidadores, participen y estén involucrados durante todo el proceso de servicio. Requerimos que se adhiera a la cantidad adecuada de terapia y entrenamiento para la familia/cuidadores, sea un miembro confiable del equipo para mantener los servicios y participe en la planificación avanzada comunicándose con su equipo de terapia asignado.



Referencia

Nombre del referente (Nombre y Apellido): _____

Relación con el niño: _____ Número de celular: _____

Información y Contactos del Cliente

Nombre del niño (Nombre y Apellido): _____

Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA): _____ Género: Masculino Femenino

Número de Seguro Social del niño: _____

Mamá/Cuidadora

Nombre: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Papá/Cuidador

Nombre: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Dirección actual del niño: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Condado: _____

Idioma principal hablado en casa: _____

Información de Emergencia e Intérprete

Nombre del contacto de emergencia (Nombre y Apellido): _____

Número de celular: _____ Teléfono de casa: _____ Teléfono de trabajo: _____

Si un intérprete está trabajando actualmente con el niño, anote su nombre completo y número de teléfono a continuación:

Nombre del intérprete: _____ Número de teléfono: _____



Información del Seguro

¿El niño está cubierto por Medicaid/Tefra? Sí No

Seguro Primario: Marque con una "X" en la casilla que indica su seguro primario.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Absolute Total Care MCO | <input type="checkbox"/> Aetna Healthcare |
| <input type="checkbox"/> BlueCross Blue Shield Plan | <input type="checkbox"/> BlueChoice Commercial Health Plans |
| <input type="checkbox"/> Cigna | <input type="checkbox"/> Medicaid de Pago por Servicio |
| <input type="checkbox"/> Healthy Blue MCO | <input type="checkbox"/> Humana Healthy Horizons MCO |
| <input type="checkbox"/> Molina Healthcare MCO | <input type="checkbox"/> Select Health MCO |
| <input type="checkbox"/> Plan de Salud Estatal | |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

Nombre del titular de la tarjeta (Nombre y Apellido): _____

Número de SS del titular: _____ Fecha de nacimiento del titular (DD/MM/AAAA): _____

Relación con el niño: _____

Nombre del empleador: _____ Teléfono del trabajo: _____

Dirección del empleador: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código postal: _____

ID del proveedor: _____ Número de póliza: _____

Número de grupo: _____ Teléfono de Servicios al Miembro: _____

¿Tiene un deducible anual? Sí No Si es sí, monto _____

¿Tiene un copago anual? Sí No Si es sí, monto _____

¿Tiene algún coaseguro o montos de bolsillo que cumplir durante el año calendario?

Sí No Si es sí, monto _____

¿El plan de seguro privado cubre (marque todo lo que corresponda):

ABA, OT, PT, or ST servicios *

*Se requiere documentación del proveedor de seguros si los servicios no están cubiertos.

Seguro Secundario: (si aplica)

Nombre del Seguro Secundario: _____

Nombre del titular de la tarjeta (Nombre y Apellido): _____

Relación con el niño: _____

ID del proveedor: _____ Fecha de nacimiento del titular (DD/MM/AAAA): _____

Provider ID: _____ Número de póliza: _____

Número de grupo: _____ Teléfono de Servicios al Miembro: _____

¿El plan de seguro privado cubre (marque todo lo que corresponda):

ABA, OT, PT, or ST servicios*

* Se requiere documentación del proveedor de seguros si los servicios no están cubiertos.

Autorización para la Liberación de Información Médica.

Mi firma a continuación certifica que he leído, entiendo y acepto la Autorización del Paciente para liberar mi información de salud protegida a Behaviors A Go-Go y empresas que trabajan en su nombre, incluyendo proveedores, otras afiliadas, y otros proveedores de servicios que apoyan a Behaviors A Go-Go.

Autorizo y consiento que Behaviors A Go-Go facture cualquier y todos los seguros proporcionados en mi nombre.

Nombre del Padre/Tutor: _____ Fecha (DD/MM/AAAA): _____

Firma del Padre/Tutor: _____



Información del Equipo Actual de Proveedores de Salud

Nombre y Consultorio del Psicólogo Clínico: _____

Teléfono:: _____ Fax: _____

Nombre y Consultorio del Pediatra: _____

Teléfono:: _____ Fax: _____

Nombre y Consultorio del Pediatra de Desarrollo: _____

Teléfono:: _____ Fax: _____

Nombre y Consultorio del Intervencionista Temprano: _____ Z----

Teléfono:: _____ Fax: _____

Nombre y Consultorio del Gestor de Casos: _____ Z-----

Teléfono:: _____ Fax: _____

Nombre y Consultorio del Terapeuta Ocupacional: _____

Teléfono:: _____ Fax: _____

Nombre y Consultorio del Terapeuta Físico: _____

Teléfono:: _____ Fax: _____

Nombre y Consultorio del Patólogo del Habla-Lenguaje: _____

Teléfono:: _____ Fax: _____

A continuación se presentan los documentos/evaluaciones obligatorios que deben ser presentados*

Documentos requeridos	Nombre de la prueba	Fecha de finalización (DEBE realizarse 4-5 meses ANTES de recibir los servicios)	Nombre y credenciales del evaluador
<ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico formal de TEA - De la edición actual del DSM* - Basado en pruebas psicológicas* 			
Formulario de Necesidad Médica			
EPSDT *(Historia médica y/o física más reciente)			



Servicios y Disponibilidad

Seleccione los servicios de Behaviors A Go-Go que desea (marque todos los que apliquen):

- Servicios de Terapia ABA (se requieren 20-40 horas/semana)
- Servicios de Terapia Ocupacional
- Servicios de Terapia Física
- Servicios de Terapia del Habla

Por favor, indique la disponibilidad de su hijo:

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
9:00 – 10:00 AM					
10:00 – 11:00 AM					
11:00 – 12 Noon					
12 Noon – 1:00 PM					
1:00 – 2:00 PM					
2:00 – 3:00 PM					
3:00 – 4:00 PM					
4:00 – 5:00 PM					

Ubicación de los servicios solicitados Centro Hogar

Si los servicios son en el hogar, ¿hay mascotas en casa? Sí No



Autorización para la Liberación de Información de Salud Protegida (HIPAA)

Yo, _____, por este medio autorizo a Behaviors A Go-Go a liberar información médica incluyendo cualquier información que pueda comprometer o contener "Información de Salud Protegida" ("PHI") bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud ("HIPAA").

Entiendo que esta Autorización se ejecuta por la razón establecida en las directrices de Políticas y Procedimientos, y la PHI será liberada para propósitos relacionados con estos asuntos.

Por la presente reconozco la recepción del Aviso de Prácticas de Privacidad, en la fecha indicada a continuación. Entiendo que este Aviso de Prácticas de Privacidad contiene información importante sobre mi información de salud y que debo revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad.

También entiendo que la PHI puede estar sujeta a leyes estatales y federales, pero autorizo expresamente la liberación de dicha información como se especifica aquí. Entiendo que una vez que esta información es liberada, Behaviors A Go-Go ya no puede controlar ni ser responsable de su uso o divulgación. Una vez liberada, la información puede ya no estar protegida bajo HIPAA.

Puedo revocar esta Autorización en cualquier momento excepto en la medida en que Behaviors A Go-Go haya actuado basándose en ella. Para revocar esta Autorización, debo enviar una solicitud por escrito a Behaviors A Go-Go a la dirección indicada a continuación. Si no se revoca previamente, esta Autorización expirará en la fecha de alta.

Si tengo alguna pregunta o queja, entiendo que puedo contactar a Behaviors A Go-Go al (864)757-9918, o en la dirección indicada a continuación, primero. Además, si tengo una queja, puedo informar a la Oficina de Derechos Civiles de los Estados Unidos, División de Quejas de Privacidad Médica, Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. en: 200 Independence Ave., Suroeste, Edificio HHH, Sala 509H, Washington, DC, 20201 Teléfono: (866) 627-7748

Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____

Firmado: _____

(Paciente, Padre o Tutor)



Autorización y Consentimiento para Tratamiento y Formulario de Liberación para Emergencias Médicas

Yo, _____, consiento que el personal de Behaviors A Go-Go, LLC acceda y obtenga servicios médicos apropiados para la atención médica de emergencia de mi hijo, _____ en mi ausencia.

Por la presente autorizo el transporte de emergencia de mi hijo al centro médico de emergencia más cercano, si esto se considera necesario.

También autorizo, en mi ausencia, que la autoridad del departamento de emergencias brinde servicios y tratamiento médicos inmediatos y apropiados para la lesión o enfermedad de mi hijo.

Mi firma a continuación autoriza el consentimiento parental de información médica conforme a la regulación HIPAA para mi hijo, _____.

Información Médica y Condiciones:

¿El cliente está tomando algún medicamento? Si es así, ¿cuál medicamento?

Alergias:

Firma: _____ Relación: _____

Fecha: _____ Número de Contacto de Emergencia: _____



Consentimiento para la Liberación de Recordatorios de Citas

Yo, _____, por la presente autorizo a Behaviors A Go-Go a enviarme un recordatorio de cita a través de Correo electrónico Mensaje de texto Teléfono, utilizando la siguiente información.

Nota: Los recordatorios por correo electrónico/mensaje de texto pueden contener información del cliente o del centro, como, pero no limitado a, el nombre del cliente y la ubicación del centro.

Información de Contacto del Padre/Tutor:

Correo electrónico: _____

Número de teléfono: _____

Nombre del Niño/Cliente: _____

Firma: _____

Fecha: _____



Autorización para Liberar/Obtener Información

Nombre del Cliente: _____ Fecha de Nacimiento del Cliente: _____

Nombre del Padre/Tutor: _____

Autorizo a Behaviors A Go-Go a:

Obtener información de

Liberar información a

Nombre: _____ Agencia: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Correo electrónico: _____

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Registros a ser liberados/obtenidos incluyendo los más recientes:



Cuestionario Confidencial para Padres / Cuidadores

El siguiente cuestionario debe ser completado por el padre o tutor legal del niño. Este formulario ha sido diseñado para proporcionar información esencial antes de su evaluación inicial. No dude en añadir cualquier información adicional que pueda ser útil para entender a su hijo. Behaviors A Go-Go, LLC mantendrá la información proporcionada por usted de manera estrictamente confidencial y solo será liberada de acuerdo con las pautas de HIPAA y según lo mandado por la ley.

Nombre de la Persona que Llena el Documento: _____

Relación con el Niño: _____

Apodo o nombre por el cual el niño es conocido habitualmente: _____

INDIQUE LOS PADRES/TUTORES QUE VIVEN EN EL HOGAR:

Estado Civil: Casado Divorciado Separado Viudo Soltero Convivientes

Si está divorciado, ¿quién tiene la custodia física? _____ completa compartida

¿Quién tiene la custodia legal? _____ completa compartida

Nombre de la Madre/Cuidadora: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Ocupación: _____

Empleador: _____

Educación Completa: _____ Salud: Excelente Buena Regular Mala

Nombre del Padre/Cuidador: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Ocupación: _____

Empleador: _____

Educación Completa: _____ Salud: Excelente Buena Regular Mala

Si está casado, ¿cuánto tiempo lleva casado? _____

¿Alguno de los padres ha estado casado anteriormente o desde entonces? Madre Padre

Por favor, liste el(los) nombre(s) de los padrastros: _____

¿Hay un padre biológico viviendo fuera del hogar? Madre Padre

Nombre: _____ ¿Dónde viven? _____

Hermanos

	Nombre	Edad	Relación	¿Vive en casa?	Escuela	Grado
1.	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____
2.	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____
3.	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____
4.	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____

Enumere cualquier operación, enfermedad grave, lesiones (especialmente en la cabeza), hospitalizaciones, alergias, infecciones de oído u otras condiciones especiales que su hijo haya tenido.

Enumere cualquier medicamento que su hijo esté tomando actualmente o haya tomado durante períodos prolongados (proporcione fechas y dosis).

Altura actual del niño: _____ pies _____ pulgadas. Peso: _____ lbs.

¿Con qué mano escribe el niño? Derecha Izquierda

¿El niño tiene algún problema auditivo? Sí No

Si es afirmativo, especifique: _____

¿El niño tiene algún diagnóstico adicional excluyendo el TEA?

HISTORIA EDUCATIVA

Enumere en orden cronológico todas las escuelas a las que ha asistido su hijo:

Nombre	Sistema	Años	Grado	¿Educación especial?
--------	---------	------	-------	----------------------

Nombre(s) del(los) maestro(s) actual(es): _____

¿El maestro de su hijo tiene preocupaciones sobre él/ella? (liste):

¿Ha repetido su hijo algún grado? Sí No Si es afirmativo, especifique: _____

Si su hijo ha estado en Educación Especial, ¿ha tenido (Por favor marque):

- Plan 504 Evaluación Psicológica IEP
- Evaluación de Habl Plan de Intervención Conductual Evaluación de Terapia Física
- Evaluación de Terapia Ocupacional Evaluación de Tecnología Adaptativa.
- Otro(s): _____



Información de Admisión

Principales preocupaciones/qué le llevó a buscar servicios de ABA:

Lo que le gustaría que el niño hiciera más a menudo

Lo que le gustaría que el niño hiciera menos a menudo

Enumere cualquier objetivo a corto plazo para su hijo, como lo que podría lograr en 6 meses a 1 año.

Enumere cualquier objetivo a largo plazo para su hijo, como lo que podría lograr en 5-10 años.

¡Muchas gracias!