

Formulario de Admisión (Revisado Marzo 2017)
Intake Form (Updated March 2017)

CHILD INFORMATION INFORMACION DEL MENOR	Today's Date: Fecha de hoy:
Last Name: Apellido:	Age: Edad: años (yrs) meses (months)
First Name: Nombre:	Date of Birth: Fecha de nacimiento:
Home Phone: Teléfono de la casa:	SSN: NSS:
Address: Dirección:	City: Ciudad:
County: Condado:	State: Estado:
Referred By: Referido por:	Zip: Código postal:

Primary Diagnosis: Diagnóstico primario:	Date of Diagnosis: Fecha del diagnóstico:
Secondary Diagnosis: Diagnóstico secundario:	Date of Diagnosis: Fecha del diagnóstico:
Other Conditions: Otras condiciones:	Date of Diagnosis: Fecha del diagnóstico:

LEGAL GUARDIAN INFORMATION INFORMACION DEL GUARDIAN LEGAL	
Full Name: Nombre completo:	Relationship to Child: Relación con el menor:
Address: (If different from applicant) Dirección: (Si es diferente a la del solicitante)	
City: Ciudad:	State: Estado:
Occupation: Ocupación:	Name of Employer: Nombre del empleador:
Home Phone: (If different) Teléfono de la casa: (Si es diferente)	Business Phone: Teléfono del trabajo:
Cell Phone: Teléfono celular:	Email: Correo electrónico:
Full Name: Nombre completo:	Relationship to Child: Relación con el menor:

<i>Address: (If different from applicant)</i> Dirección: <i>(Si es diferente a la del solicitante)</i>	
<i>City:</i> Ciudad:	<i>State:</i> Estado:
<i>Occupation:</i> Ocupación:	<i>Name of Employer:</i> Nombre del empleador:
<i>Home Phone: (If different)</i> Teléfono de la casa: <i>(Si es diferente)</i>	<i>Business Phone:</i> Teléfono del trabajo:
<i>Cell Phone:</i> Teléfono Celular:	<i>Email:</i> Correo electrónico:
<i>With Whom does the Child Reside:</i> Con quién reside el menor:	
<i>Does the Child have regular visitation with a non-custodial parent?</i> Tiene el menor visitas regulares con el padre que no tiene custodia?	
<i>Is there anyone else involved regularly with your child's care?</i> Hay alguien envuelto regularmente en el cuidado de su menor?	
<i>Name:</i> Nombre:	<i>Name:</i> Nombre:
<i>Relationship:</i> Relación:	<i>Relationship:</i> Relación:

MEDICAL INFORMATION INFORMACION MEDICA			
<i>Is your child on medication?</i> Está su menor bajo medicamento:	Si (Yes)	No (No)	
<i>Primary Care Physician:</i> Médico Primario:	<i>PCP Phone Number:</i> Teléfono del medico primario:		
<i>DAN Doctor:</i> Doctor DAN:			
<i>Special Diets:</i> Dietas especiales:			
<i>List Medication, Administration times, and usage:</i> Lista de medicamentos, horas de administración y uso:			
<i>Type of Medication</i> Tipo de medicamento	<i>Dosage</i> Dosis	<i>Administration Times</i> Horas de administración	<i>Used For</i> Usado para

SCHOOL AND OTHER INTERVENTIONS			
ESCUELA Y OTRAS INTERVENCIONES			
<i>Name of School:</i> Nombre de la escuela:			
<i>Grade:</i> Grado:			
<i>List any difficulties your child has in school (academic and/or behavioral):</i> Enuncie las dificultades que su menor tiene en la escuela (académicas y/o de comportamiento):			
<i>Has your child ever repeated a grade: Yes</i>		<i>No</i>	
Su menor ha repetido algún grado: Sí		No	
<i>If yes, what grade:</i> En caso afirmativo, cuál grado:			
<i>Has your child ever been assessed through the school system? Yes</i>		<i>No</i>	
Su menor ha sido valorado por medio del sistema escolar? Sí		No	
<i>*If yes, please provide the results to the Behavior Analyst</i> * Si es así, por favor entregue los resultados al Analista de Comportamiento			
<i>Does your child currently receive any services in the school system? Yes</i>		<i>No</i>	
Su menor recibe actualmente servicios en el sistema escolar? Sí		No	
<i>Explain:</i> Explique:			

Phone (813) 374-2070
Fax (813) 337-0937



550 N Reo St., Suite 202
Tampa, Florida 33609

Please list the days and times that you would like services to be provided. We will make all attempts to fulfill the times you request, but cannot guarantee availability.

Por favor enuncie los días y horas en los cuales usted desearía que los servicios se provean. Haremos todo lo posible para llenar las horas que usted pide pero no podemos garantizar disponibilidad.

Monday:

Lunes:

Tuesday:

Martes:

Wednesday:

Miércoles:

Thursday:

Jueves:

Friday:

Viernes:

Saturday:

Sábado:

embracing individual success.™

EngageBehavioralHealth.com

INSURANCE VERIFICATION FORM
FORMULARIO DE VERIFICACION DEL SEGURO

<i>Today's Date:</i> Fecha de hoy:	<i>Diagnosis:</i> Diagnóstico:
---------------------------------------	-----------------------------------

PATIENT INFORMATION
INFORMACION DEL PACIENTE

<i>Patient's Last Name:</i> Apellido del paciente:	<i>First:</i> Nombre:	<i>Middle:</i> Nombre intermedio:
<i>Birth date:</i> Fecha de nacimiento:	<i>Age:</i> Edad:	<i>Sex:</i> Sexo:
<i>Social Security Number:</i> Número de seguridad social:		<i>Nickname:</i> Sobrenombre:
<i>Street Address:</i> Dirección:		<i>Apt #:</i> Apto #:
<i>State:</i> Estado:		<i>City:</i> Ciudad:
<i>Zip:</i> Código postal:	<i>Home Phone:</i> Teléfono de la casa:	
<i>Parent (s) last name:</i> Apellido(s) del padre:		<i>Parent (s) first name:</i> Nombre(s) del padre:
<i>Marital Status:</i> Estado Civil:	<i>Occupation:</i> Ocupación:	
<i>Employer:</i> Empleador:		<i>Employer Phone:</i> Teléfono del empleador:
<i>Primary Care Physician (PCP):</i> Médico primario:		

INSURANCE INFORMATION
INFORMACION DE SEGUROS

<i>Person Responsible for bill:</i> Persona responsable de la cuenta:	<i>Birth Date:</i> Fecha de nacimiento:
<i>Address (if different):</i> Dirección (si es diferente):	<i>Phone #:</i> # de teléfono:
<i>Occupation:</i> Ocupacion:	<i>Employer:</i> Empleador:
<i>Employer Phone #:</i> # de teléfono del empleador:	<i>Employer Address:</i> Dirección del empleador:
<i>Is this patient covered by insurance?</i> Este paciente está cubierto por seguro?	

Primary Insurance: Seguro primario:		
Claims Address: Dirección de reclamaciones:		
Insurance Phone #: # de teléfono del seguro:	Coverage Effective Date: Fecha de iniciación del cubrimiento:	
Subscriber's Name: Nombre del suscriptor:	Subscriber's SSN: NSS del suscriptor:	
Birth Date: Fecha de nacimiento:	Patient's relationship to subscriber: Relación del paciente con el suscriptor:	
Group #: Grupo #:	Policy #: Póliza #:	Co-Payment \$: Co-pago \$:
Secondary Insurance (if applicable): Seguro secundario (si se aplica):		
Subscriber's Name: Nombre del suscriptor:		Subscriber's SSN: NSS del suscriptor:
Birth Date: Fecha de nacimiento:	Patient's relationship to subscriber: Relación del paciente con el suscriptor:	
Group #: Grupo #:	Policy #: Póliza #:	Co-Payment \$: Co pago \$:

IN CASE OF EMERGENCY EN CASO DE EMERGENCIA		
Name of local friend or relative (not living at the same address): Nombre de un amigo local o pariente (que no resida en la misma dirección):		
Relationship to patient: Relación con el paciente:		
Home Phone: Teléfono de la casa:		
Work Phone: Teléfono del trabajo:		
Cell Phone: Teléfono celular:		

The above information is true to the best of my knowledge. I authorize my insurance benefits be paid directly to the provider. I understand that I am financially responsible for any balance. I also authorize Advanced Behavioral Systems, Inc. or insurance company to release any information required to process my claims.

We will submit your claims; however, we must emphasize that as health care providers, our relationship is with you, not your insurance company. Although we attempt to verify your ABA/Autism benefits with your insurance policy, please be advised this is only an estimate of your coverage based on the information given to us at the time of inquiry.

By signing below you confirm that you understand:

It is your responsibility to inform us of any changes to your insurance policy so that your coverage can be re-verified prior to your appointment.

- If your insurance policy requires a prescription from your primary care physician, it is your responsibility to have that faxed to our office prior to your appointment.*
- Not all services are a covered benefit with all insurance plans.*
- It is your responsibility to be aware of what service (s) is being provided to you and if it is not a covered benefit under your insurance policy.*
- You are responsible for any non-covered charges not payable by your insurance policy.*
- Although filing your insurance claims is a courtesy extended to you, all charges are always your responsibility from the date services are rendered.*

We realize that temporary financial problems may affect timely payment of your account. If such problems do arise, we urge you to contact us promptly for assistance in the management of your account. If you have any questions or concerns about the information, please do not hesitate to ask us. We are here to help you.

La información anterior es cierta según mi conocimiento. Autorizo que los beneficios de mi seguro sean pagados directamente al proveedor. Entiendo que soy responsable financieramente por cualquier saldo que resulte. También autorizo a Advanced Behavioral Systems Inc. o a la compañía de seguros para dar cualquier información necesaria para procesar mis reclamaciones.

Presentaremos sus reclamaciones; sin embargo, debemos enfatizar que como proveedores de salud, nuestra relación es con usted y no con su compañía de seguros. Aun cuando intentaremos verificar sus beneficios de ABA/Autismo con su compañía de seguros, por favor esté advertido de que este es solamente un estimativo de su cobertura basado en la información suministrada a nosotros en el momento de la consulta.

Al firmar abajo usted confirma que entiende:

Es su responsabilidad informarnos de cualquier cambio en su póliza de seguro de suerte que su cobertura pueda ser reconfirmada antes de su cita.

- Si su póliza de seguro requiere una receta de su médico primario, es su responsabilidad enviarla por FAX a nuestra oficina antes de su cita.

- No todos los servicios son una prestación cubierta dentro de las prestaciones de todos los planes de seguros.
- Es su responsabilidad estar enterado de qué servicio(s) le están siendo prestados a usted y si éstos no están cubiertos en su póliza de seguros.
- Usted es responsable por los cargos no cubiertos y no pagaderos por su póliza de seguro.
- No obstante que presentar las reclamaciones ante la compañía de seguros es una cortesía que extendemos a usted, todos los cargos son siempre su responsabilidad desde la fecha de prestación de los servicios.

Entendemos que problemas financieros temporales pueden afectar el pago oportuno de su cuenta. Si tales problemas se presentaren, encarecemos que hagan contacto con nosotros prontamente para ayuda en el manejo de su cuenta. Si usted tiene preguntas o inquietudes sobre la información, por favor no vacile en preguntarnos. Estamos aquí para ayudarlo.

Parent/Guardian Signature

Firma del padre/guardián

Date

Fecha

Please print name here

Por favor escriba el nombre en letra de imprenta aquí

SERVICES NEEDS:
NECESIDADES DE SERVICIOS:

Services interested in: Please select the type(s) of therapy services you would like to receive (please note that while we will attempt to provide the type of service you request, not all services may be available at time of request):

- Applied Behavior Analysis Services**
- Home Based
- Clinic Based
- Behavioral Babysitting
- Community Based Services
- School Based Services
- Intensive Feeding
- Toilet Training Program
- Parent/Caregiver Training
- Staff Training
- Social Skills

Servicios en los que está interesado: Por favor seleccione los tipos de terapia que le gustaría recibir (por favor tome nota de que no obstante que haremos todo lo posible por proveer el tipo de servicio que usted solicita, puede ser que no todos los servicios estén disponibles al momento de su solicitud):

- Servicios de Análisis de conducta**
- En casa
- En la clínica
- Cuidado de niños, con énfasis en el comportamiento
- Servicios con base en la comunidad
- Servicios con base en la escuela
- Alimentación intensiva
- Programa de entrenamiento en el uso del baño
- Entrenamiento a padres y cuidadores
- Entrenamiento de empleados

- Interacción social

The undersigned hereby acknowledge that the information contained in this application is accurate in all respects.

El suscrito aquí hace constar que la información contenida en esta solicitud es cierta en todo aspecto.

Parent/Guardian (print name):

Padre/guardián (escriba el nombre en imprenta):

Signature of Parent/Guardian:

Firma del padre/guardian:

Date: Fecha:

If there is additional information to provide, please attach a separate sheet.

Si hay información adicional que suministra, por favor agregue una hoja de papel.



INTAKE CHECKLIST:
LISTA DE VERIFICACION DE ADMISION:

After completing the electronic intake packet, please be sure to bring the following documents/items to your appointment with our Client Care Team!

- **Copy of Prescription from M.D. that States:**
 - **Name of Patient**
 - **Date of Birth**
 - **Diagnosis**
 - **Requesting ABA-Behavioral Services**
- *Copy of most recent IEP*
- *Copy of most recent comprehensive evaluation*
- *Copy of most recent speech/occupational therapist evaluations and goals*
- *The Functional Analysis Questionnaire (if applicable)*
- *Video footage of problematic behavior instances (if applicable)*

Después de completar el paquete electrónico de admisión, por favor asegúrese de traer los siguientes documentos/objetos a su cita con nuestro Equipo de cuidado al cliente!

- **Copia de la receta del médico en la que se diga:**
 - **Nombre del paciente**
 - **Fecha de nacimiento**
 - **Diagnóstico**
 - **Solicitud de servicios ABA- de comportamiento**
- *Copia de Plan Educativo Individualizado (IEP) más reciente*
- *Copia de la evaluación comprensiva más reciente*
- *Copia de la evaluación de terapeuta ocupacional/del lenguaje más reciente y las metas*
- *Cuestionario de Análisis Funcional (si fuere aplicable)*
- *Grabación de vídeo de un incidente de comportamiento problemático (si fuere aplicable)*