



CENTER FOR AUTISM AND RELATED SERVICES FORMULARIO DE ADMISION

(Por favor Escriba a mano o maquina)

| | | | | | |
|--|--|----------------------------|-----------------------|--|------------------|
| Fecha: | | Nombre de seguro primario: | | | |
| INFORMACION DEL PACIENTE | | | | | |
| Apellido de paciente: | | Nombre: | | Segundo nombre: | |
| | | | | | |
| | | Fecha de nacimiento: | | Edad: | |
| | | / / | | | |
| | | | | Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | |
| Domicilio: | | | N.º de seguro social: | | N.º de teléfono: |
| | | | | | () |
| Ciudad: | | | Estado: | | Código postal: |
| | | | | | |
| Apellido de Madre: | | Nombre: | | N.º de teléfono: | |
| | | | | () | |
| | | | | Correo electrónico: | |
| | | | | | |
| Apellido del Padre: | | Nombre: | | N.º de teléfono: | |
| | | | | () | |
| | | | | Correo electrónico: | |
| | | | | | |
| Escogió agencia/Referido a la clínica por (por favor escoja): | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Amigo/a <input type="checkbox"/> Cerca del hogar/trabajo <input type="checkbox"/> Páginas Amarillas <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Dr. _____ <input type="checkbox"/> Plan médico <input type="checkbox"/> Hospital | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|---------------------------------------|---|--|--------------|
| INFORMACION DE SEGURO | | | | | |
| (Por favor provee copia de la tarjeta medica del paciente) | | | | | |
| Nombre de subscriptor: | | N.º de seguro social del subscriptor: | Fecha de nacimiento: | N.º de grupo: | |
| | | | / / | | |
| Domicilio de subscriptor (si es diferente): | | | N.º de teléfono: | | N.º celular: |
| | | | () | | () |
| ¿Cubre el seguro al paciente? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | | | Relación de paciente al suscriptor: <input type="checkbox"/> Mismo/a <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro | | |
| Ocupación: | | Empleador: | | Contacto para beneficios del empleado: | |
| | | | | | |
| | | | | N.º telefónico del empleador: () | |
| Nombre de seguro secundario (si aplica): | | Nombre de subscriptor: | | N.º de grupo: | |
| | | | | | |
| | | | | N.º de póliza: | |
| | | | | | |

| | | | | | |
|------------------------------|--|------------|--|--|------------------|
| INFORMACION ADICIONAL | | | | | |
| Nombre del médico referente: | | Dirección: | | | N.º de teléfono: |
| | | | | | () |
| Diagnóstico: | Fecha de diagnóstico: | | | Representante de salud conductual: | |
| | | | | | |
| Razón de referencia: | <input type="checkbox"/> Comportamientos exigentes <input type="checkbox"/> Déficit de comunicación <input type="checkbox"/> Entrenamiento de habilidades sociales <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | | ¿Ha recibido el paciente servicios de ABA anteriormente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| | | | | ¿Cuáles son las fechas de los últimos servicios de ABA? ____/____/____ - ____/____/____ | |