



Diagnostic Evaluation/Assessment Form
Completed by MD or Licensed Psychologist
Formulario de Evaluación de Diagnóstico

**To Be Completed by Parent/Guardian
Debe Ser Completada por el Padre,
la Madre, o el Cuidador**

Patient's Name/ Nombre del paciente: _____

Patient DOB/ Fecha de nacimiento del paciente: _____

Subscriber ID #/ Número de identificación del suscriptor: _____

Best daytime phone number/ Número de teléfono: _____

Parent/Caregiver Name/ Nombre del padre, la madre o el cuidador: _____

Is your child currently receiving ABA treatment? _____

If yes, please list agency and city: _____

¿Actualmente recibe su hijo tratamiento de análisis del comportamiento aplicado (por sus siglas en inglés, ABA)? _____

Si la respuesta es "sí", indique la agencia y la ciudad: _____

If not, are you interested in ABA treatment for your child? (Y/N)

¿Está interesado en que su hijo reciba tratamiento de ABA? (Sí/No)

Patient's State of Residence: Arizona California Oregon Washington

Estado de residencia del paciente: Arizona California Oregon Washington

Does the member have primary health insurance other than MHN/HN? (Y/N)

If yes, name of primary health insurer? _____

¿Tiene el afiliado un seguro de salud primario que no sea MHN/HN? (Sí/No)

Si la respuesta es "sí", indique el nombre de la aseguradora de salud primaria: _____



**To Be Completed by MD or
Licensed Clinical Psychologist
La Siguiente Información Debe Ser Completada por un
Médico o Psicólogo Clínico con Licencia**

Name of Provider	License Type and #	Federal Tax ID#
Street Address	City	State Zip
Telephone #	Email Address	Fax #

Evaluation/Assessment Information:

Date of Evaluation/Assessment: ___/___/___

Summary of Findings and Treatment Recommendations:

ABA Recommended: Yes No

Additional Findings/Recommendations:

DSM V Diagnosis

Does the member have an Autism Spectrum Disorder Diagnosis (299.00)?
Yes No

If no, please list diagnoses _____

_____/_____/_____

Required: Signature of MD or Licensed Clinical Psychologist Date

Fax or mail the completed Diagnostic Evaluation/Assessment Form to:

**FAX: Autism Center at 855-427-4798
MAIL: MHN Autism Center, P.O. Box 10697, San Rafael, CA 94912**

Information provided will be protected in accordance with HIPAA requirements and other applicable confidentiality regulations.