# 기본 클라이언트 정보

☐

고객 접수 양식

**4201 바시티 드라이브**

**스위트 B & C 앤아버, MI 48108**

## (전화) 734-926-0740

1. **734-369-8851**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 클라이언트 이름: |  | 별명: |  |  |
| 생년월일: | 연령: | 성별:  | 남성  | 또는 여성 |
| 주소: |  |  |  |  |
| 도시 국가: | 우편번호: |  | 군: |  |

CBF에서 어떤 서비스에 관심이 있는지 표시하십시오.

* + ABA 요법 ☐ 사회적 기술

# 학부모/보호자 정보(해당되는 경우)

부모/보호자 이름: 점령:

전화번호: 메일 주소:

주소:

도시 국가: 우편번호: 군:

부모/보호자 이름: 점령:

전화번호: 메일 주소:

주소:

도시 국가: 우편번호: 군:

* + 싱글 ☐ 결혼한 ☐ 이혼 ☐ 분리 ☐ 사별

|  |  |
| --- | --- |
| 집에 사는 다른 사람들: |  |
| 이름: | 연령: | 관계: |
| 이름: | 연령: | 관계: |
| 이름: | 연령: | 관계: |
| 이름: | 연령: | 관계: |
| 이름: | 연령: | 관계: |

# 책임 당사자 정보

Creating Brighter Futures에 참석하는 고객에 대한 재정적 책임이 있는 사람에 대한 다음 정보를 작성하십시오.

보증인 이름: 생년월일:

사회 보장 번호: 고객과의 관계: 주소:

전화번호:

고용주:

인보이스를 어떤 이메일 주소로 보내야 합니까?

재정적 책임을 지는 개인의 서명 날짜

# 보험 정보

적용 가능한 모든 보험 카드 의 **양면** 사본을 첨부 하거나 Creating Brighter Futures에서 서비스를 시작하기 전에  **사진을 이메일로 lnadeau@creatingbrighterfutures.com** 하십시오.

**기본** 보험:

구독자 이름: 생년월일:

정책 ID #: 그룹 #:

고객과의 관계:

**2차** 보험:

구독자 이름: 생년월일:

정책 ID #: 그룹 #:

고객과의 관계:

**메디케이드** 보험:

소비자 번호: 군:

케이스 관리자 이름: 사례 관리자 번호:

*보험 적용 범위 정보*

보험 플랜 가입자 또는 가입자는 자신의 혜택을 알 책임이 있습니다. 하기 위해

플랜의 혜택과 서비스에 대한 개별 비용에 대한 가장 정확한 개요를 얻으려면 다음을 수행해야 합니다.

보험 카드 뒷면에 있는 1-800 "가입자" 번호로 전화하여 고객 서비스에 문의하십시오.

대표.

보험증 뒷면에 있는 번호를 누르고 대리인에게 이름, 날짜를 알려주십시오.

Creating Brighter Futures에 오는 아이의 출생 및 보험 ID 번호는 **다음을 작성하십시오.**

자폐증(ABA) 혜택이 있습니까?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

자폐증(ABA)의 이점은 무엇입니까?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Creating Brighter Futures는 네트워크 내 제공자입니까?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(NPI 또는 National Provider Identification, 번호는 1881939346입니다)

 공제액은 얼마입니까?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 본인 부담금이란 무엇입니까?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 필요한 경우 자폐증 진단 코드는 F84.0입니다.

 필요한 경우 사용되는 특정 ABA CPT 또는 서비스 코드는 다음과 같습니다.

 97151\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

97153\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

97154\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

97155\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

97156\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

97157\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 자폐증 또는 ABA 서비스의 방문 횟수에 제한이 있습니까\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 해당 연도의 혜택에 대한 최대 금액 제한이 있습니까?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*진단 정보* - **모든 진단 평가의 사본을 제공하십시오.**

진단:

진단 날짜:

누가 이런 진단을 내렸는가?

진단:

진단 날짜:

누가 이런 진단을 내렸는가?

진단:

진단 날짜:

누가 이런 진단을 내렸는가?

발달 및/또는 언어 지연의 가족력이 있습니까? ☐ ☐ 예 아니요 예 인 경우 설명하십시오.

# 병력

주치의 이름: 전화번호:

연습장 이름/위치: 팩스 번호:

관련 의학적 상태, 입원 또는 수술이 있습니까?

현재 복용 중인 모든 약물 및 복용량을 나열하십시오.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 약물 치료 | 목적 | 복용량 | 시작 날짜 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

자녀에게 있는 알레르기를 나열하십시오.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 알러지 | 반응 | 치료 프로토콜 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

# 행동 이력

자녀가 현재 하고 있는 도전적인 행동을 나열하십시오.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 행동 | 얼마나 자주 발생합니까? | 당신이 알고있는 것이 트리거 될 것이 있습니까?행동? | 아이를 멈추게 할 수 있는 것이 있습니까?그 행동에 가담하고 있습니까? |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

자녀가 현재 하고 있는 자기 자극 행동을 나열하십시오.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 행동 | 얼마나 자주 발생합니까? | 당신이 할 수 있는 것이 있습니까?행동을 유발할 것인지 알고 있습니까? | 당신이 아는 것이 있습니까?그러면 아이가 그 행동에 가담하지 않게 될까요? |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

# 통신

가장 최근의 청력 검사는 언제/어디서 이루어졌습니까? 시력 검사? 결과와 우려 사항을 나열하십시오.

귀하의 자녀는 현재 삼킴 곤란이나 섭식 문제가 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요

그렇다면 설명해주세요

다음 중 자녀가 개선하기 위해 언어 치료가 필요할 수 있는 의사 소통 영역은 무엇이라고 생각하십니까?

* 언어 이해 ☐ 표현 언어 ☐ 말소리
* 유창함/말더듬 ☐ 목소리 ☐ 소셜 커뮤니케이션: 언제 처음으로 관심을 갖게 되었나요?

사회적 기술과 놀이와 관련하여, 귀하의 자녀는 다음과 같이 행동합니다.

다른 사람과 눈을 마주치나요? ☐ 예 ☐ 아니, 다른 사람을 흉내 내라? ☐ 예 ☐ 아니요, 장난감을 원래 용도에 맞게 사용합니까? ☐ 예 ☐ 아니요

 다음과의 ☐ 상호 작용 모색: 성인, ☐ 동료 ☐, 형제자매

귀하의 자녀가 현재 : (해당되는 모든 항목 선택)

* 간단하게 따르십시오 (해당되는 모든 항목 선택). ☐ 1 단계 방향 ☐ 2단계 지시사항 ☐ 3+ 스텝 방향
* 가리키거나, 가거나, 손을 뻗거나, 이름을 붙인 사람과 사물을 식별합니까?
* 당신이 이름을 대는 기본 신체 부위를 가리킵니까?
* 간단한 예/아니오 질문에 정확하게 답하시겠습니까?
* 무엇을, 어디서, 누가, 언제, 왜, 어떻게라는 간단한 질문에 정확하게 답하십시오.
* 전치사(예: in, under, on)를 이해하시겠습니까?
* 색상과 크기의 단어를 이해하십니까?

다음 중 자녀가 의사 소통하는 방법을 설명하는 것은 무엇입니까? (해당되는 항목 모두 선택)

* 가리키기, 몸짓하기, 발성 ☐ 한 단어 (대략 몇 개?)
* 눈맞춤, 표정 ☐ 두 단어로 된 구문
* 옹알이 ☐ 3개 또는 4개의 단어 발화
* 사람을 원하는 물체로 끌어당깁니다. ☐ 일부 오류가 있는 전체 문장
* 문법적으로 올바른 문장을 전달☐하기 위해 항목/유형의 기호를 제공합니다.
* 사진 ☐ 쓰기
* 커뮤니케이션 보드/서적 ☐ 통신 장치(종류?)
	+ 빈도 ☐ 빈도
* 수화 ☐ 다른

# 의사 소통이 계속되다

귀하의 자녀가 (구두 또는 비언어적으로) 의사 소통합니까 : (해당되는 모든 것을 선택하십시오)

* 원하는 것/필요한 것을 물어보십니까? ☐ 질문? ☐ 당신의 관심을 끌 수 있습니까?
* 사람들에게 인사를 건네시나요? ☐ 도움이 필요하신가요? ☐ 정보를 공유하시겠습니까?
* 주변의 사람, 사물 또는 사진에 레이블을 지정하시겠습니까?

아이가 말을 하는 경우:

그들의 말을 이해하는 데 어려움이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요 ☐ 때때로

너희는 그들이 하는 말을 얼마나 이해하느냐? ☐ 0-25% ☐ 25-50% ☐ 50-75% ☐ 75-100% 다른 사람들은 자신의 말을 이해하는 데 어려움이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요 ☐ 때때로

그들이 하는 말을 다른 사람들은 얼마나 이해하는가? ☐ 0-25% ☐ 25-50% ☐ 50-75% ☐ 75-100%

아이가 이해받지 못할 때 어떤 반응을 보이는가? (반복, 메시지 수정, 포기 등

말하려고 할 때 단어나 부분 또는 단어를 반복합니까? ☐ 예 ☐ 아니요 ☐ 본보기:

그들은 "갇혀서" 말을 꺼낼 수 없습니까? ☐ 예 ☐ 아니요 ☐ 본보기:

아이의 말속도가 너무 빠르거나 너무 느린 것 같습니까? ☐ 빠른 ☐ 느린 ☐ 정상: 말할 때 목소리가 쉰 목소리로 들리거나 끊기거나 끊기나요? ☐ 예 ☐ 아니요

그들은 사회적으로 눈에 띄게 하는 볼륨으로 말합니까? ☐ 예 ☐ 아니요, 나이/성별에 비해 비정상적으로 높거나 낮은 음조로 말합니까? ☐ 예 ☐ 아니요

# 간병인 입력

아래의 각 카테고리에서 가장 좋아하는 항목과 싫어하는 항목을 표시하십시오.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 좋아하는 | 싫어하는 |
| 음식 |  |  |
| 장난감/물건 |  |  |
| 액티비티 @ 홈 |  |  |
| 지역 사회에서의 활동/외출 |  |  |
| 다른 |  |  |

# 간병인 입력 계속

자녀의 강점은 무엇입니까?

자녀의 개선이 필요한 영역은 무엇입니까?

자녀가 과외 활동에 참여합니까? 만약 그렇다면, 그것들을 나열해 주세요:

# 목표

가장 빠른 3개의 단기/단기 목표를 나열해 주세요.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |

상위 3개의 장기 목표를 나열해 주세요.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |

 *교육 및 치료 이력*

모든 과거/현재 교육 및 치료 제공자를 표시하십시오. 최근 평가를 첨부합니다.

교육 제공자

학교 이름:

교실 유형:

교사 이름: 급:

주소:

전화번호:

현재 일정:

귀하의 자녀는 504/IEP를 가지고 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요

행동 치료 제공자

행동 치료 제공자

제공자 이름:

담당자 이름: 전화번호:

서비스 날짜:

일정:

중단 이유:

언어 치료 제공자

제공자 이름:

담당자 이름: 전화번호:

서비스 날짜:

일정:

중단 이유:

작업치료제공자

제공자 이름:

담당자 이름: 전화번호:

서비스 날짜:

일정:

중단 이유:

다른 치료 제공자

제공자 이름:

담당자 이름: 전화번호:

서비스 날짜:

일정:

중단 이유:

상담 치료 제공자

제공자 이름:

담당자 이름: 전화번호:

서비스 날짜: 일정:

중단 이유:

양식을 작성하는 사람의 정자체 이름

양식을 작성하는 사람의 서명

완료 날짜