LEARN Behavioral

Formulario de solicitud de expediente del cliente

Envíe el formulario de solicitud completado y cualquier consulta por correo electrónico a **Record.Request@learnbehavioral.com** o por fax al **(424) 209-1660.**

*Utilice la siguiente información para determinar qué expedientes de cliente desea solicitar**

Tipo de expediente	Descripción
Informe de evaluación	Evaluación inicial realizada por personal clínico autorizado, que detalla los comportamientos del cliente y el tratamiento propuesto.
Autorizaciones	Aprobaciones de servicios autorizados realizadas por la fuente de financiamiento del cliente. Normalmente se envían a la familia del cliente al momento de recibirlas (dependiendo de los requisitos de la fuente de financiación).
Correspondencias formales	Comunicaciones formales enviadas a los padres, informes de incidentes, solicitudes de expedientes previamente atendidas, etc. No incluye correspondencia por correo electrónico, a menos que se solicite específicamente.
Evaluaciones psicológicas	Evaluaciones psicológicas iniciales realizadas con LEARN, por un psicólogo clínico autorizado.
Paquete de remisión	Documentos externos recopilados antes de comenzar los servicios del cliente mediante LEARN (es decir, evaluaciones psicológicas, recomendaciones del médico, información del seguro, etc.).
Notas de la sesión	Notas y observaciones realizadas por los proveedores al final de cada sesión.
Planes de tratamiento	Informes periódicos que contienen los objetivos del programa, el progreso hacia los objetivos, los datos resultantes y las recomendaciones de servicio.

** Los expedientes solicitados solo se enviarán si están disponibles en el expediente del cliente.*

Este formulario de solicitud debe ser utilizado por todos los afiliados de LEARN Behavioral Provider Network, incluyendo: AST, BACA, BCI, Priorities, SPARKS, Tandem Therapy, Total Spectrum, Trellis, UP Autism, and WEAP.

Su solicitud de expedientes del cliente se procesará y se atenderá dentro de quince (15) días hábiles. Tenga en cuenta que puede ser necesario un tiempo de procesamiento adicional si los expedientes se recuperan de una instalación externa. Los expedientes se proporcionarán a través del método de entrega especificado a continuación. Una vez que se recuperen todos los expedientes, le notificaremos sobre cualquier cargo mediante una llamada telefónica y le proporcionaremos una factura. **Por favor, asegúrese de firmar el formulario. No se pueden procesar las solicitudes no firmadas. Debe estar firmada por un tutor legal o representante.**

Nombre del cliente (en letra de imprenta) **Fecha de nacimiento:**

Nombre de la persona que solicita los expedientes

Relación con el cliente **Número de teléfono de contacto**

Su proveedor de LEARN: ❑ **AST** ❑ **BACA** ❑ **BCI** ❑ **Priorities** ❑ **SPARKS** ❑ **Tandem Therapy** ❑ **Total Spectrum** ❑ **Trellis** ❑ **UP Autism** ❑ **WEAP** ❑ **Other** (Please specify):

Incluya copias de (marque todas las que correspondan):

- ❑ **Informe de evaluación**
- ❑ **Evaluaciones psicológicas**
- ❑ **Autorizaciones**
- ❑ **Planes de tratamiento**
- ❑ **Paquete de remisión**
- ❑ **Correspondencias formales**
- ❑ **Notas de la sesión**
- ❑ **Otra (por favor, especifique):**

Fechas del(los) expediente(s)

Método de entrega Nota: *El método de entrega predeterminado de la Compañía es un correo electrónico compatible con HIPAA, completamente encriptado y protegido por contraseña enviado a la dirección de correo electrónico registrada o indicada en este formulario. Si se solicitan expedientes en papel por correo, la Compañía cobrará una tarifa por página de 10 centavos más el franqueo de EE. UU. Es posible que apliquen cargos adicionales por solicitudes de cinta de video.*

- ❑ Marque aquí si se solicita por fax/e-Fax (sin costo)
- ❑ Marque aquí si se solicita por correo postal (usted acepta los cargos mencionados anteriormente)

Enviar expedientes a (complete la información correspondiente a continuación):

Nombre Correo electrónico

Teléfono Fax

Dirección

Ciudad Estado Código postal

Comentarios

Entiendo que tengo el derecho legal, dentro de ciertas limitaciones, de ver u obtener copias de los planes de tratamiento y los registros relacionados de mi hijo(a). Entiendo que los datos sin procesar son analizados clínicamente por el personal y no deben malinterpretarse. Dirigiré cualquier pregunta sobre los datos, informes y otros elementos a nuestro Supervisor del Programa.

Firma: **Fecha:**