



ABC of NC

Uso exclusivo del personal (iniciales/fecha de recepción): \_\_\_\_\_

**Solicitud de servicios clínicos**

\*Tarifas vigentes al 7/1/23\*

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre(s) del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**SELECCIONE SERVICIO(S)\***

	<b>TARIFA</b>
<input type="checkbox"/> Terapia individual de Análisis Aplicado de la Conducta (ABA) con técnico de conducta	\$105/hora
<input type="checkbox"/> BCBA/BCaBA Planificación del tratamiento/Tratamiento del cliente/ Orientación familiar	\$180/hora
<input type="checkbox"/> Evaluación diagnóstica	\$184/hora
<input type="checkbox"/> Terapia individual/psicoterapia (30/45/60 minutos)	\$115/\$173/\$201
<input type="checkbox"/> Terapia familiar/psicoterapia	\$173/hora
<input type="checkbox"/> Consulta externa con BCBA/BCaBA (pueden aplicarse gastos de viaje)	\$180/hora

\* Puede tener cobertura a través de un seguro médico privado y/o Medicaid y estar sujeto a copagos o coaseguros

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR**

\_\_\_\_\_  
**FECHA**

*Este es solo un formulario de solicitud y no una garantía de servicios.  
Este formulario no sustituye a los requisitos de ninguna compañía de seguros u otros financiadores.*

**Devuelva el formulario completo a: Leigh Ellen Spencer**  
[leighellen.spencer@abcofnc.org](mailto:leighellen.spencer@abcofnc.org)