



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

Solicitud de servicios clínicos
Tarifas vigentes al 7/1/25

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre(s) del padre/madre/tutor: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

SELECCIONE SERVICIO(S)*

	TARIFA
<input type="checkbox"/> Terapia individual (1:1) de Análisis Aplicado de la Conducta (ABA) con técnico de conducta	\$110/hora
<input type="checkbox"/> BCBA/BCaBA Planificación del tratamiento/Tratamiento del cliente/Orientación familiar	\$189/hora
<input type="checkbox"/> Evaluación diagnóstica	\$194/hora
<input type="checkbox"/> Asesoramiento/Psicoterapia individual (30/45/60 minutos)	\$121/\$182/
<input type="checkbox"/> Asesoramiento/Psicoterapia familiar	\$211 \$182/hora
<input type="checkbox"/> Consulta externa con BCBA/BCaBA (pueden aplicarse gastos de viaje)	\$189/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: clientrelations@abcofnc.org