

[Carta incluye informacion de domicilio y number de telefono]

Fecha

Direccion de Plan de Medi-Cal

A quien corresponda,

Le escribo en nombre de mi paciente, _____ (Fecha de nacimiento _____, Medi-Cal # _____). Ha sido uno de mis pacientes desde _____. _____ tiene _____ anos y es un niño/niña que se presenta con el diagnostic de autismo. el diagnóstico se hizo en _____ (año). (o' el Doctor _____ hizo el diognositco en _____ (año). El autism de _____ esta a un nivel moderado ha severaro y resulta en deficiencias en el funcionamiento general.

Las habilidades de comunicacion y motor grueso/fino de _____ estan retrasados ha un nivel moderado y significante. (Describe brevemente los desafios). El/Ella require _____ horas a la semana de servicios de lenguaje y terapia ocupacional. Estos servicios son médicamente necesarios para evitar retraso funcional y que permita ha _____ que funcione a su habilidad de nivel maxima.

(Describir objetivos / metas)

Estos servicios deben ser recetados por el período de seis meses. En seis messes _____ sera evaluado para ver se es necesario que continúe el tratamiento. Estas intervenciones son médicas, y no educativas. Los servicios tambien ayudan el funcionamiento en la casa y en la comunidad. _____ tiene un contrato de IEP con servicios que se enfocan en aspectos educativos del el autismo de _____ .

He revisado los planes de tratamiento y reports de progreso. Continuaré revisando y repasando el progreso de _____ .

Por favor, si tiene algunas preguntas, favor de comunicarse.

Gracias,

Doctor _____

de Licensia _____