

Health Care Agency  
Drug Medi-Cal Organized Delivery  
System (DMC-ODS)

Lista de verificación de  
admisión/asesoramiento

Beneficiary's name

Prefiero recibir los materiales informativos en el siguiente idioma: \_\_\_\_\_  
(El personal de DMC-ODS debe revisar y completar este formulario con el beneficiario o tutor legal)

**Evaluación de la necesidad de Materiales Informativos en CD u otro formato de audio**

Me ofrecieron/me/preguntaron si quería el Manual del Beneficiario de Medi-Cal DMC-ODS (el Plan) en un CD o en una grabación de audio en el sitio web de HCA en mi idioma de umbral preferido.  Si  No

- Rechacé obtener un CD/enlace del condado al sitio web de HCA  
 Solicite y recibí el CD o el enlace del condado al sitio web de HCA

**Materiales Informativos**

**Beneficiarios de DMC-ODS (Marque la casilla correspondiente a continuación)**

Recibí el enlace <http://www.ohealthinfo.com/DMC-ODS>  
(Para el Manual de Beneficiarios y el Directorio de proveedores de Medi-Cal DMC-ODS)

Solicite que me enviaran a mi domicilio el Manual del beneficiario y el Directorio de proveedores de Medi-Cal DMC-ODS dentro de los 5 días posteriores a la fecha de hoy.

Enviado por correo: \_\_\_\_\_ (Iniciales del personal)

Recibí el Manual de Beneficiarios y el Directorio de Medi-Cal DMC-ODS  
(Copia Fuerte)  Impresión Regular  Impresión Grande

Recibí una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad  Si  No

Complete la recepción de Avisos de Prácticas de Privacidad  Si  No

A mí (o si es menor de edad que no conduce, el adulto acompañante) se me informo y se me proporciono por escrito sobre el reglamento del asiento para el automóvil.  Si  No

Me ofrecieron Registro de votante. Si soy menor de 18 años, se ofreció a los adultos acompañantes.  Si  No

**Directiva Anticipada de Atención Médica (AD): Solo para consumidores mayores de 18 años**

Me entregaron la hoja de información sobre Directivas Medicas Anticipadas.  Si  No  
Fecha dada: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Le di al personal del plan mi AD Hoy \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (Fecha) \_\_\_ (Iniciales)

**Firmas**

Firma del Beneficiario/Tutor Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma del Personal de DMC-ODS: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_