



Агентство здравоохранения
План поведенческого здоровья (Behavioral Health Plan, BHP) Контрольный список для приема нового клиента / предоставления консультации

Имя и фамилия клиента
Дата рождения (Date of Birth, DOB)
Номер медицинской карты (Medical Record Number, MRN)

Я предпочитаю получать информационные материалы на следующем языке: _____
(Сотрудники ВНР должны ознакомиться и заполнить эту форму вместе с клиентом, законным попечителем или законным опекуном.)

Информационные материалы, предлагаемые в аудиоформате

Мне было предложено / меня спросили, хочу ли я получить Справочник участника BHP Medi-Cal в виде аудиозаписи, размещенной на веб-сайте Управления здравоохранения (Health Care Agency, HCA) на моем предпочтительном языке.

Да

Нет

- Я отказался (-лась) от получения ссылки на аудиоверсию справочника на веб-сайте HCA
 Я запросил (-а) и получил (-а) ссылку на аудиозапись на веб-сайте HCA

Информационные материалы (отметьте подходящие пункты ниже)

1. Я получил (-а) ссылки на Справочник участника и Справочник поставщика услуг:
Справочник по специализированным услугам в области психического здоровья (Specialty Mental Health Services): http://www.ochealthinfo.com/bhs/about/medi_cal
ИЛИ
Справочник по системе организованной помощи наркозависимым на основе программы Medi-Cal (Drug Medi-Cal-Organized Delivery System, DMC-ODS): <http://www.ochealthinfo.com/DMC-ODS>
И
Ссылка на Справочник поставщика услуг: <https://BHPProviderDirectory.ochca.com>
ИЛИ
2. Я запросил (-а), чтобы Справочник участника Плана поведенческого здоровья Medi-Cal и Справочник поставщика услуг были отправлены на мой адрес проживания в течение 5 дней с сегодняшней даты (отправлено по почте: _____ (дата) _____ (инициалы сотрудника))
ИЛИ
3. Я получил (-а) Справочник участника Плана поведенческого здоровья Medi-Cal и Справочник поставщика услуг (печатная версия)
 Обычный шрифт Крупный шрифт

Я получил (-а) копию Уведомления о порядке использования персональных данных
(название программы)

Да

Нет

Я подтвердил (-а) получение Уведомления о порядке использования персональных данных

Да

Нет

Мне (или сопровождающему взрослому для несовершеннолетнего, не управляющему транспортным средством) была предоставлена информация и письменные материалы о законе об использовании детских автокресел.

Да

Нет

Мне исполнилось 18 лет или больше, и мне было предложено зарегистрироваться для участия в голосовании. Если мне меньше 18 лет, предложение было сделано сопровождающему взрослому (взрослым).

Да

Нет

**Предварительное распоряжение о медицинском обслуживании (Advance Health Care Directive, AHCD)
(для клиентов в возрасте 18 лет и старше)**
(Поставщики услуг для детей и молодежи (Children and Youth Services, CYS) должны заполнить этот раздел при следующем пересмотре после того, как клиенту исполнится 18 лет)

Мне была предоставлена информационная форма AHCD
Дата: _____ / _____ / _____

Да

Нет

Сегодня я предоставил (-а) копию моего AHCD: _____ / _____ / _____ (дата) _____ (инициалы клиента)

Подписи

Подпись клиента или законного опекуна/попечителя: _____ Дата: _____ / _____ / _____

Подпись сотрудника ВНР: _____ Дата: _____ / _____ / _____