



医疗保健机构
行为健康计划 (BHP)
入职/咨询清单

客户名称
出生日期
MRN

我更希望收到以下语言的指导材料：_____。
(行为健康计划工作人员必须与客户、法定监护人或法定监护人共同审核并填写此表格。)

音频格式的指导资料

有人向我提出/询问我是否想要Medi-Cal行为健康计划 (BHP) 会员手册，并以我偏好的语言发布在HCA网站上。 是 否

- 我拒绝了HCA网站上有声版手册的链接
 我在HCA网站上请求并获得了音频录音的链接

通知材料 (请勾选下方适用方格)

- 一. 我收到了会员手册和提供者目录的链接：
 专科心理健康服务手册：http://www.ohealthinfo.com/bhs/about/medi_cal
 或者
 药品医疗-加州组织传递系统手册：<http://www.ohealthinfo.com/DMC-ODS>
 以及
 提供者目录链接：<https://BHPProviderDirectory.ochca.com>
 或者
- 二. 我请求在今天日期起5天内将Medi-Cal BHP会员手册和提供者目录寄到我家 (邮寄日期：
 _____ (日期) _____ (员工姓名缩写))
 或者
- 三. 我收到了Medi-Cal必和必拓会员手册和提供者目录 (纸质版)
 普通印刷版 大字版

我收到了_____ (项目名称) 隐私保护措施通知的副本 是 否

我完成了隐私行为通知的收据 是 否

我 (或陪同的未成年成年人) 被告知并提供了关于安全座椅法律的书面信息。 是 否

我已满18岁及以上，并获得了选民登记的许可。 未满18岁时，将提供给随行的成年人。 是 否

预先医疗指示 (AHCD) (18岁及以上客户)
(儿童保护服务提供者：客户满18岁后下次评审时请完成本节)

我收到了预先医疗指示 (AHCD) 信息表 是 否
日期：____/____/____

我今天提供了我的AHCD副本：____/____/____ (日期) _____ (客户姓名缩写)

签名

客户或法定监护人/监护人签名：_____ 日期：____/____/____

行为健康计划员工签名：_____ 日期：____/____/____