



**Sở Y Tế**  
**Chương Trình Sức Khỏe Hành Vi (BHP)**  
**Tiếp Nhận/Kiểm Tra Tư Vấn**

Tên Bệnh Nhân  
Ngày Sinh  
Số Hồ Sơ (MRN #)

Tôi muốn được nhận tài liệu thông tin bằng ngôn ngữ sau: \_\_\_\_\_  
(Nhân viên BHP phải xem xét và hoàn tất mẫu đơn này với thành viên, người giám hộ hoặc người quản lý hợp pháp)

**Tài liệu thông tin được cung cấp dưới dạng băng ghi âm**

Tôi được đề nghị/hỏi xem nếu tôi muốn được nghe Sổ Tay Thành Viên Chương Trình Sức Khỏe Hành Vi Medi-Cal (BHP) dưới dạng băng ghi âm được đăng tải trên trang web của HCA bằng ngôn ngữ mà tôi chọn hay không. ☐ Có ☐ Không

- ☐ Tôi từ chối không nhận đường dẫn kết nối để nghe băng ghi âm của sổ tay trên trang web của HCA  
☐ Tôi yêu cầu và đã nhận đường dẫn kết nối để nghe băng ghi âm trên trang web của HCA

**Tài Liệu Thông Tin (xin đánh dấu vào các ô dưới đây)**

1. ☐ Tôi đã nhận Sổ Tay Thành Viên và kết nối Danh Mục Nhà Cung Cấp Dịch Vụ:  
Sổ Tay Thành Viên Dịch Vụ Sức Khỏe Tâm Thần Chuyên Khoa:  
[http://www.ocalthinfo.com/bhs/about/medi\\_cal](http://www.ocalthinfo.com/bhs/about/medi_cal)  
**Hoặc**  
Sổ Tay Thành Viên Hệ Thống Y Tế Medi-Cal dành cho người nghiện:  
<http://www.ocalthinfo.com/DMC-ODS>  
**Và**  
Kết Nối Danh Mục Nhà Cung Cấp Dịch Vụ: <https://BHPProviderDirectory.ochca.com>  
**Hoặc**
2. ☐ Tôi yêu cầu Sổ Tay Thành Viên Medi-Cal BHP và Danh Mục Nhà Cung Cấp Dịch Vụ được gửi tới nhà tôi trong vòng 5 ngày bắt đầu từ hôm nay (Được gửi: \_\_\_\_\_(ngày)\_\_\_\_\_ (tên tắt của nhân viên))  
**Hoặc**
3. ☐ Tôi đã nhận Sổ Tay Thành Viên Medi-Cal BHP và Danh Mục Nhà Cung Cấp Dịch Vụ (bằng giấy)  
☐ Chữ in khổ bình thường ☐ Chữ In khổ lớn

Tôi đã nhận bản sao của \_\_\_\_\_ (Tên Chương Trình) Thông Báo Về Quy Định Bảo Mật Thông Tin ☐ Có ☐ Không

Tôi đã hoàn tất việc nhận Thông Báo Về Quy Định Bảo Mật Thông Tin ☐ Có ☐ Không

Tôi (hoặc người lớn đi kèm trẻ vị thành niên không lái xe) đã được thông báo và cung cấp thông tin bằng văn bản về luật ghế ngồi xe an toàn cho trẻ em. ☐ Có ☐ Không

Tôi từ 18 tuổi trở lên và được mời ghi danh đăng ký bầu cử. Nếu dưới 18 tuổi, người lớn đi kèm sẽ được mời ghi danh đăng ký bầu cử. ☐ Có ☐ Không

**Chỉ Định Trước Về Chăm Sóc Sức Khỏe (AHCD) (dành cho thành viên 18 tuổi trở lên)**  
(Nhà cung cấp Dịch Vụ Trẻ Em (CYS): hoàn tất phần này vào lần giám định tiếp theo sau khi thành viên đủ 18 tuổi)

Tôi đã được cung cấp mẫu đơn thông tin Chỉ Định Trước Về Chăm Sóc Sức Khỏe (AHCD) Ngày: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ☐ Có ☐ Không

Tôi đã cung cấp một bản sao AHCD của mình hôm nay: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_(Ngày) \_\_\_\_ (Tên tắt của thành viên)

**Chữ Ký**

Chữ ký của thành viên hoặc người giám hộ/  
người quản lý hợp pháp: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Chữ ký nhân viên BHP: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_