



**Health Care Agency  
Lista de Verificación de  
Admisión/Asesoría del Plan de  
Salud Conductual (BHP)**

Nombre del Cliente:  
Fecha de Nacimiento (DOB):  
Identificación Médica (MRN):

Prefiero recibir materiales informativos en el siguiente idioma: \_\_\_\_\_  
**(El personal de BHP debe revisar y completar este formulario con el cliente, el tutor legal o el tutor designado por la corte.)**

**Materiales Informativos Ofrecidos en Audio**

Se me ofreció o se me preguntó si deseaba recibir el Manual para Miembros del Plan de Salud Conductual de Medi-Cal (BHP) en formato de audio en mi idioma preferido que está disponible en el sitio de web del HCA.  **Sí**  **No**

- Rechacé recibir el Manual en audio que está disponible en el sitio web del HCA.
- Solicité y recibí el Manual en audio enlace a la grabación de audio en el sitio web de HCA.

**Materiales Informativos (a continuación marque las casillas que correspondan)**

1.  Recibí los enlaces al Manual para Miembros y el Directorio de Proveedores:  
Manual de Servicios Especializados de Salud Mental:  
[http://www.ochealthinfo.com/bhs/about/medi\\_cal](http://www.ochealthinfo.com/bhs/about/medi_cal)  
O  
Manual del Sistema de Entrega Organizada de Drug Medi-Cal: <http://www.ochealthinfo.com/DMC-ODS>  
Y  
Enlace al Directorio de Proveedores: <https://BHPProviderDirectory.ochca.com>  
O
2.  Solicité que el Manual para Miembros del Plan de Salud Conductual de Medi-Cal (BHP) y el Directorio de Proveedores fueran enviados a mi domicilio dentro de 5 días a partir de la fecha de hoy (Enviado por correo: \_\_\_\_\_(fecha) \_\_\_\_\_ (Iniciales del personal))  
O
3.  Recibí el Manual para Miembros del Plan de Salud Conductual de Medi-Cal (BHP) y el Directorio de Proveedores (Copia física)  Impresión regular  Impresión en letra grande

Recibí una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(Nombre del Programa).  **Sí**  **No**

Completé la confirmación de recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad.  **Sí**  **No**

Se me informó y se me proporcionó información por escrito sobre la ley de asiento de seguridad para menores (Silla de seguridad para niños).  **Sí**  **No**

Tengo o soy mayor de 18 años y se me ofreció el Registro para Votantes. Si soy menor de 18 años, se le ofreció al adulto(s) acompañante(s).  **Sí**  **No**

**Directiva Anticipada de Atención Médica (AHCD) (Para clientes con 18 años o mayores) (Proveedores de Servicios para Niños y Jóvenes (CYS): Revisar y completar este formulario con el cliente después de que cumpla 18 años.**

Se me entregó el formulario de información sobre la Directiva Anticipada de Atención Médica (AHCD). Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  **Sí**  **No**

Entregué una copia de mi AHCD hoy: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (Fecha) \_\_\_\_\_ (Iniciales del cliente)

**Firmas**

Firma del Cliente o Tutor Legal/Curador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del Personal de BHP: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_