DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES
DIVISION OF BEHAVIORAL HEALTH SERVICES
SPECIALTY MENTAL HEALTH

Acuse de recibo

Recibí lo siguiente al inicio del servicio con este proveedor. Entiendo que puedo recibir cualquier información de la siguiente previa solicitud.

✔ Marque todas las que correspondan	Documento provisto				
	Aviso de prácticas de privacidad El Aviso de prácticas de privacidad para los proveedores de atención médica y los planes de salud del Condado de Sacramento le dice de qué manera nuestra agencia puede usar o revelar información sobre usted. No todas las situaciones serán descritas. Nuestra agencia debe entregarle un aviso de nuestras prácticas de privacidad para la información que recopilamos y guardamos acerca de usted y sobre la forma en que puede acceder a esta información.				
	"Manual de beneficiario de plan de salud mental" Sacramento County MHP La "Manual de beneficiario de plan de salud mental Medi-Cal" del MHP contiene información sobre cómo un miembro puede cumplir con los requisitos para recibir servicios de salud mental, cómo acceder a servicios de salud mental, quiénes son nuestros proveedores de servicios, cuáles son los servicios disponibles, cuáles son sus derechos y responsabilidades, nuestro proceso de Quejas y Audiencia Justa del Estado e incluye números telefónicos importantes en relación con nuestro Plan de salud mental.				
	Folleto sobre Instrucciones anticipadas sobre atención médica Este folleto explica su derecho a tomar decisiones sobre su tratamiento médico. Incluye cómo nombrar un agente de atención médica que puede tomar decisiones en su nombre y cómo cambiar sus instrucciones en cualquier momento.	¿Tiene usted Instrucciones anticipadas sobre atención médica?	**Sí**	**No**	**NA**
		Si la respuesta es Sí, ¿puede proporcionar una copia de su historia clínica?	**Sí**	**No**	**NA**
	Lista de proveedores de Sacramento County Mental Health Plan (MHP) Esta lista incluye a todos nuestros proveedores de MHP en nuestra comunidad. El Equipo ACCESS del Condado asigna los servicios ambulatorios que no son de emergencia. El Equipo ACCESS del Condado también autoriza servicios de MHP que requieren autorización. Puede comunicarse con el Equipo ACCESS de MHP del Condado en el 916-875-1055 para obtener más información sobre esta lista de proveedores. Para acceder a la lista de proveedores del MHP en línea, visite: https://dhs.saccounty.net/BHS/Pages/GI-Mental-Health-Providers.aspx				
	Información de registro del votante Los formularios de Registro del Votante permiten que un ciudadano que cumpla con los requisitos pueda votar en las elecciones programadas. Los formularios de Preferencia del Votante indican si una persona está registrada o no para votar, si desea registrarse para votar o si no lo desea. El formulario completado será mantenido en el registro durante dos años. Una persona puede solicitar asistencia para registrarse para votar y toda la información es confidencial.				

Yo,_____(nombre del cliente en letra de imprenta), recibí una copia de los documentos marcados arriba y tuve la oportunidad de hacer preguntas en relación a estos documentos.

Firma del cliente:	**ID del cliente:**	**Fecha:**
Firma del representante legal o personal del cliente (si corresponde):	**Relación con el cliente:**	**Fecha:**