|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Condado de Alameda**  **Department of Behavioral Health Care Services**  **División de Salud Mental** | Nombre del consumidor: |  | | | |
| Fecha de nacimiento: |  | Fecha de admisión: | |  |
| N.° de ficha/identificación: |  | Unidad de información: | | |
| Nombre del proveedor: |  | |  | |

**Material informativo: Sus derechos y responsabilidades**

**Notificación de recepción**

**Consentimiento para recibir los servicios**

Tal como se describe en la primera página de este folleto, al firmar a continuación usted acepta recibir de manera voluntaria los servicios de cuidado de la salud mental de parte de este proveedor. Si usted es el representante legal del beneficiario, su firma otorga este consentimiento.

**Material informativo**

La firma también significa que el material que figura marcado a continuación fue analizado con usted en un idioma o de una manera que pudiera entender, y que se le ha entregado el paquete para conservar en sus registros. Puede solicitar una explicación y/o copias de este material nuevamente y en cualquier momento.

**Notificación inicial:** Marque los casilleros a continuación para indicar qué material fue analizado con usted al ser admitido o en algún otro momento:

* Consentimiento para recibir los servicios
* Libertad de elección
* “Guía sobre los servicios de salud mental de Medi-Cal” (copia disponible a solicitud)
* Manual del miembro para los destinatarios de Medi-Cal del Condado de Alameda que necesitan servicios de salud mental y tratamiento contra el abuso del alcohol y las drogas (volante de color granate [rojo oscuro]; copia disponible a solicitud)
* Lista de proveedores del Plan de Salud Mental y Tratamiento Contra el Abuso del Alcohol y las Drogas del Condado de Alameda (copia disponible a solicitud)
* Confidencialidad y privacidad
* Información sobre las Directivas Anticipadas (para consumidores de 18 años en adelante y cuando cumplan 18 años)

*¿Alguna vez creó una Directiva Anticipada? 􀂅Sí* *􀂅No*

*Si la respuesta es sí, ¿podemos obtener una copia para conservar en nuestros registros? 􀂅Sí 􀂅No  
Si la respuesta es no, ¿podemos ayudarle a crear una? 􀂅Sí 􀂅No*

* Información para resolver problemas de los beneficiarios
* Mantenimiento de un lugar seguro y acogedor (no es material informativo obligatorio del estado)
* Aviso de prácticas de privacidad (Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de los Seguros de Salud   
  [*Health Insurance Portability & Accountability Act*, HIPAA])

|  |  |
| --- | --- |
| Firma del beneficiario:  (o del representante legal, si corresponde) | Fecha: |
| Iniciales del nombre del médico clínico/testigo del personal: | Fecha: |

**Aviso anual:** Su proveedor debe recordarle cada año que los materiales que se mencionaron anteriormente están disponibles para que los revise. Ponga sus iniciales y la fecha en un casillero a continuación para mostrar cuándo ocurrió eso.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Iniciales y fecha: | Iniciales y fecha: | Iniciales y fecha: | Iniciales y fecha: |

Utilice un casillero cada año (ver arriba) para las fechas y las iniciales del nombre del ***beneficiario*** (o del representante legal).

***Instrucciones para el proveedor:***

* *Analice cada aspecto importante del paquete con el consumidor (o su representante legal) en el método de comunicación o idioma que éste prefiera. Complete el casillero de información sobre la identidad que se encuentra en el extremo superior derecho de esta página. Marque los casilleros que sean relevantes a fin de indicar qué aspectos se analizaron/proporcionaron. Pídale al consumidor que firme y coloque la fecha en el casillero correspondiente. Proporcione las iniciales del nombre de los miembros del personal y la fecha en el casillero correspondiente. Entregue al consumidor el paquete con el material informativo restante para sus registros. Archive esta página firmada en la ficha.*
* *Avisos anuales: Recuérdeles a los beneficiarios que todos los materiales se encuentran disponibles para su revisión y revise cualquier material, si así se solicita.. Obtenga las iniciales con las fechas correspondientes en los casilleros que figuran anteriormente.*

***(El paquete en todos los idiomas con una cantidad suficiente de hablantes y una hoja de instrucciones detallada se encuentran disponibles en la pestaña QA en el sitio web www.acbhcs.org/providers.)***