

CONDADO DE SOLANO: DIVISIÓN DE SALUD CONDUCTUAL DEL DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS SOCIALES

Acuse De Recibo

He recibido los siguientes artículos al iniciar los servicios con este Plan de salud conductual (MHP). Además, comprendo que puedo recibir cualquier de las siguientes informaciones a solicitud. También he sido informado sobre los formatos alternativos disponibles y se me ha facilitado información sobre cómo acceder a los mismos.

Marque con sus iniciales todas las que correspondan	Documentos proporcionados (copias adicionales disponibles en los enlaces abajo) www.solanocounty.com/depts/bh/access_to_services/default.asp								
	Aviso sobre prácticas de privacidad Este aviso le informa cómo su proveedor de servicios puede usar o divulgar información sobre usted. No se describirán todas las situaciones. Estamos en la obligación de informarle sobre nuestras prácticas de privacidad con respecto a la información que recolectamos y guardamos sobre usted.								
	Manual del afiliado: Servicios especializados de salud mental Esta guía contiene información sobre cómo un afiliado cumple con los requisitos para los servicios de salud mental, cómo acceder a servicios de salud mental, quienes son nuestros proveedores de servicio, qué servicios están disponibles, cuáles son sus derechos, nuestro proceso de reclamación y audiencia justa ante el estado, y números de teléfono importante de nuestro MHP (por ejemplo, líneas de crisis, incluyendo la de Estabilización de crisis del condado de Solano al 707-428-1131.								
	Hoja informativa sobre las voluntades anticipadas (desde los 18 años en adelante) Esta hoja informativa explica sus derechos para tomar decisiones sobre su tratamiento médico. Esta incluye cómo nombrar un representante de atención médica que pueda tomar decisiones de su parte y cómo cambiar sus voluntades en cualquier momento.	¿Tiene una voluntad anticipada?	<table border="1"> <tr> <th colspan="3">Por favor, encierre en un círculo:</th> </tr> <tr> <td>Sí</td> <td>No</td> <td>N/A</td> </tr> </table>	Por favor, encierre en un círculo:			Sí	No	N/A
Por favor, encierre en un círculo:									
Sí	No	N/A							
		En caso afirmativo, ¿podría proporcionarnos una copia para nuestros registros?	<table border="1"> <tr> <th colspan="3">Por favor, encierre en un círculo:</th> </tr> <tr> <td>Sí</td> <td>No</td> <td>N/A</td> </tr> </table>	Por favor, encierre en un círculo:			Sí	No	N/A
Por favor, encierre en un círculo:									
Sí	No	N/A							
	Directorio de proveedores del MHP del condado de Solano El Directorio de proveedores del MHP es un listado con los proveedores MHP en nuestra comunidad. Para obtener mayor información, se puede comunicar con la Unidad de acceso del MHP llamando al 1-800-547-0495.								
	Derechos del afiliado y Guía de resolución de problemas Esta guía le proporciona información sobre cómo utilizar el Proceso de resolución de problemas, incluyendo cómo presentar una queja, apelación o apelación acelerada, y cómo solicitar una Audiencia justa ante el estado.								
	Aviso BBS a los clientes Este aviso se proporciona a cada cliente para informarle sobre cómo y donde pueden presentar una queja.								

<p align="center">SOLANO COUNTY BEHAVIORAL HEALTH DIVISION ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT <i>Confidential Patient Information</i> See California Welfare and Institutions Code Section 5328 and Health Information Portability and Accountability Act Privacy and Security Rules</p>	CLIENT NAME:
	MEDICAL RECORD #:

CONDADO DE SOLANO: DIVISI3N DE SALUD CONDUCTUAL DEL DEPARTAMENTO DE SALUD
Y SERVICIOS SOCIALES

Acuse De Recibo

He recibido una copia, o informaci3n sobre c3mo acceder una copia electr3nica, de los documentos donde puse mis iniciales en este acuse de recibo de dos p3ginas. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre estos documentos.

Firma del cliente:	Fecha:
Nombre en letra de imprenta del representante autorizado del cliente (si corresponde):	Parentesco con el cliente:
Firma del representante autorizado del cliente (si aplica):	Fecha:

SOLANO COUNTY BEHAVIORAL HEALTH DIVISION ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT <i>Confidential Patient Information</i> See California Welfare and Institutions Code Section 5328 and Health Information Portability and Accountability Act Privacy and Security Rules	CLIENT NAME:
	MEDICAL RECORD #: