



# Plan de Salud Mental del Condado de Yolo

## Reconocimiento del Recibo

Yo he recibido información acerca de los siguientes puntos al inicio de los servicios:

<b>✓Esta señal confirma el recibo</b>	<b>Información Proporcionada para los Beneficiarios de Medi-Cal</b>
	<b>Guía de los Servicios de Salud Mental de medi-Cal (Materiales de Información)</b> La Guía explica cómo obtener los servicios de salud mental de Medi-Cal por medio del Condado de Yolo y le dice acerca del programa de Medi-Cal.
	<b>Información de Resolución del Problema</b> La Guía de Resolución del problema explica sus derechos de documentar una queja, una apelación, y seguir el curso de la apelacion, y sus derechos para pedir una audiencia al Estado por una resolución justa.
	<b>Folleto directivo Anticipado</b> El Folleto Directivo Anticipado explica sus derechos para presentar un documento escrito que describa las direcciones para el tratamiento durante las veces que Ud. esté teniendo dificultad de comunicarse y hacer decisions.
	<b>Servicios de Intérprete</b> , incluyendo visual, auditivo, y proficiencia limitada del language (LLP). Marque si NA <input type="checkbox"/> o cliente acepta Intérprete <input type="checkbox"/> o Audio/Visual <input type="checkbox"/> o LLP <input type="checkbox"/> . Los clients podrán seleccionar pero no requieren usar a un miembro de familia para servicios de intérprete. Los profesionales clínicos evaluarán las necesidades de los servicios durante la primera entrevista.
	<b>Lista de Proveedores del Plan de Salud Mental del Condado de Yolo County</b> Ésta es la lista de proveedores contratados por el Plan de Salud Mental de Yolo. Para mayor información referente a esta lista Ud. puede contactar al Plan de Salud Mental. Llamar Gratis (Todos los Servicios): 1-888-965-6647 Dispositivos para personas sordas TDD: 1-800-735-2929
	<b>Notificación de Privacidad en las Consultas</b> La notificación de privacidad en las consultas explica como nosotros protegemos la información de su tratamiento.
	Yo <b><u>doy permiso / no doy permiso</u></b> ( <i>circula uno</i> ) a empleados de ADMH que me dejen un mensaje en (____). Yo entiendo que si mi información de contacto cambia, yo soy responsable de poner al tanto a ADMH. Si a cualquier momento, yo quiero revocar este permiso, yo lo presentaré por escrito a empleados de ADMH.  _____ <small>FIRMA DE CLIENTE O INICIAL DE REPRESENTANTE LEGAL</small>

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre del cliente), me han dado información de los puntos arriba mencionados y he tenido la oportunidad de hacer preguntas.

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente; Representación Legal del Cliente (si aplica)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Personal

\_\_\_\_\_  
Fecha