



**Health Care Agency  
Plan de Salud Mental (MHP)  
Evaluación Inicial/Materiales  
Informativos**

Consumer's name
-----------------

Yo prefiero recibir todo tipo de Material Informativo en el siguiente idioma: \_\_\_\_\_  
(El personal del MHP debe de revisar y completar esta forma con el consumidor o representante legal)

**Evaluación de la necesidad de Materiales Informativos en CD o en otro formato**

Se me ofreció/pregunto si quería el Manual de Medi-Cal del MHP en un CD o en la grabación que se encuentra en el sitio web de HCA en mi lenguaje preferido.  Si  No

- Yo rechacé recibir un CD/enlace del condado al sitio web de HCA  
 Yo he pedido y recibido el CD o el enlace del condado al sitio web de HCA

**Materiales Informativos**

**Consumidores del Plan de Salud Mental (Marque la casilla correspondiente)**

Recibí el enlace [http://ochealthinfo.com/bhs/about/medi\\_cal](http://ochealthinfo.com/bhs/about/medi_cal)  
(para el manual de Medi-Cal del MHP y la Guía de Proveedores del MHP)

He pedido que se envíe a mi residencia el Manual de Medi-Cal del MHP y la Guía de Proveedores del MHP dentro de 5 días a partir de hoy  
 Fecha de envío: \_\_\_\_\_ (Iniciales del personal)

He recibido el Manual de Medi-Cal del MHP y la Guía de Proveedores del MHP (**Copia en papel**)  Regular  Impresión Grande

Yo he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad  Si  No

Yo he completado el recibo de la Notificación de Prácticas de Privacidad  Si  No

Yo (o si es menor de edad que no maneja, el acompañante adulto) fui asesorado y proveído con información escrita sobre la regulación del asiento de niños en automóviles.  Si  No

Me ofrecieron registrarme para votar. Si soy menor de 18 años, la información fue ofrecida a los adultos acompañantes.  Si  No

**Directiva de Atención Médica Anticipada (AD)-Solo para consumidores de 18 años o mayores**

Me entregaron la hoja informativa de la Directiva de Atención Médica Anticipada  
 Fecha de entrega: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Si  No

Yo le entregué al personal del MHP mi AD:  
 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_(Fecha) \_\_\_\_ (Iniciales)

**Firmas**

Firma del Consumidor/Representante Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del Personal del MHP: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_