



Multiple Acknowledgement Receipt Form / Acuso de Recibo Múltiple

Nombre del Cliente: _____ MIS# : _____ Fecha: _____

DIRECTIVA AVANZADA DE ASISTENCIA MÉDICA

Primera Parte: Para el personal de la agencia

Antecedentes

En acuerdo con el Código de California 4600 et seq. y los requisitos Federales bajo el Título 42, los clientes de 18 años de edad y mayores deben recibir información acerca de la Directiva Avanzada de Asistencia Médica y deben ser informados de su derecho de tomar decisiones de su tratamiento médico.

► Instrucciones para completar este formulario

1er Paso: En la primera cita en persona o visita clínica, por favor proporcionar al cliente/persona designada/guardián con una copia de los datos de la Directiva Avanzada de Asistencia Médica.

2do Paso: Por favor complete este formulario y proporcione una copia al cliente/persona designada/guardián.

Pregunte al cliente y complete las preguntas siguientes:

Si No

- 1. ¿Tiene usted una Directiva Avanzada de Asistencia Médica?
- 2. ¿Recibió una Directiva Avanzada de Asistencia Médica de informe de su profesional de salud mental?

Si la respuesta es "No" por favor explique: _____

(Si el cliente/persona designada/guardián desea ejecutar una Directiva Avanzada de Asistencia Médica, por favor refiera al individuo a los recursos identificados en el informe. Si el cliente/persona designada/guardián ya tiene una Directiva Avanzada de Asistencia Médica, incluya una copia en el archivo del cliente detrás del Consentimiento para Servicios. El personal de apoyo de la agencia deberá adherir una etiqueta indicando que el archivo contiene una Directiva Anticipada de Asistencia Médica.)

Segunda Parte: Para el Cliente/Persona designada/Guardián

Si No

¿Se le ha entregado una copia de los Datos de la Asistencia Médica Anticipada Directivo DMH Norma No. 200.3, y Formulario de Reconocimiento?

Si "No" explique por favor: _____

Iniciales del Cliente: _____ Iniciales del Guardián: _____

AVISO DE PRACTICAS DE CONFIDENCIALIDAD

Por la presente, acepto recibo de una copia del Aviso de Prácticas de Confidencialidad de Didi Hirsch Mental Health Services que explica cómo se protege la información confidencial de mi caso o del menor a mi cuidado y describe los derechos que tengo con respecto a la Información Médica Confidencial mía o del menor a mi cuidado.

Si No

Iniciales del cliente: _____ Iniciales del Guardián: _____

GUÍA DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL DE MEDI-CAL Y LISTA(S) DE PROVEEDORES

En concordancia con los requerimientos regulatorios indicado en el código de regulaciones federales §438.10 y el CaliforniaCode de regulaciones §1810.360(e) "el MHP del beneficiario deberá proporcionar a sus beneficiarios con una lista de folletos y proveedores bajo petición cuando el beneficiario reciba por primera vez un servicio de salud mental especializado del MHP o sus proveedores de contrato".

I. Yo reconozco que he recibido una copia de la Guía de Servicios de Salud Mental Medi-Cal.

II. Lista de proveedores: **Seleccione una de las opciones siguientes:**

- Al beneficiario se le ofreció la Lista de Proveedores de Plan de Salud Mental al recibir su primer servicio. **Acepto** **No Acepto**
- El beneficiario recibió la Lista de Proveedores de Plan de Salud Mental, **a petición.**

Las opciones de la lista de proveedores incluyen área red de proveedores, los proveedores operando directamente y proveedores contratados.

Iniciales del Cliente: _____ Iniciales del Guardián: _____



Multiple Acknowledgement Receipt Form / Acuso de Recibo Múltiple

NORMAS PARA CANCELACIÓN E INASISTENCIAS

Con el propósito de asegurar consistencia en el proceso terapéutico y para garantizar la utilización adecuada de los turnos asignados, **yo/nosotros acepto/amos las siguientes normas de la clínica Didi Hirsch Mental Health Services:**

1. Entiendo que si tenemos una cita en Didi Hirsch con el coordinador de mi caso, mi terapeuta, o mi psiquiatra y surgiera una emergencia que me impide asistir a dicha cita, llamaré para cancelar la cita lo más pronto posible, de preferencia avisando con 24 horas de anticipación.
2. **Normas para Terapia:** Entiendo que si falto a 2 sesiones consecutivas de terapia sin aviso previo, o si falto a 3 sesiones en un período de 3 meses, con o sin aviso previo, Didi Hirsch se reserva el derecho de terminar con mi terapia (aunque podré solicitar servicios en el futuro).
3. **Normas para las citas con el psiquiatra/para medicación:** Entiendo que si cancelo o falto a 2 citas consecutivas o 3 citas en el período de un año, Didi Hirsch se reserva el derecho a proveer servicios únicamente en la clínica de medicación abierta (si existiera en el centro que me provee servicios) o de terminar los servicios psiquiátricos.

Iniciales del Cliente: _____

Iniciales del Guardián: _____

AUTORIZACIÓN PARA DEJAR UN MENSAJE

Autorizó al personal de Didi Hirsch a dejar un mensaje detallado en los números de teléfono que se enumeran a continuación:

Nombre	Relación	# de Teléfono

Iniciales del Cliente: _____

Iniciales del Guardián: _____

PERSONAS QUE VIVEN EN LA CASA Esta información será utilizada para completar formas adicionales si es necesario.

Nombre(s)	Relación	Fecha de Nacimiento

PERMISO DE CONTACTO COMO SEGUIMIENTO

Doy mi consentimiento para que Didi Hirsch se ponga en contacto conmigo/nosotros, o mi/nuestro profesional de Salud Mental a la hora de realizar el seguimiento de los servicios a los 3 meses, 6 meses y un año después de la terminación de servicios para obtener información acerca de cómo el programa me ha ayudado a obtener mi/nuestro objetivo/s personales.

Si **No**

Servicios Basados en el Campo:

Por favor proporcione la siguiente información a cualquier cliente admitido mientras en el campo.

- Request for Change of Provider
 ADA- Disabilities Act
 Head of Service
 Beneficiary/Client Grievance or Appeal and Authorization Form +Booklet + brochure/2 envelopes

Firma del Cliente/Persona designada por el cliente/Guardián

Firma/Nombre Impreso del Personal de la Agencia

Numero telefónico del Cliente/Guardián

Correo electronico del Cliente/Guardián

Esta información confidencial se le proporciona a usted de acuerdo con el Estado y las leyes y las regulaciones Federales, inclusive pero no limitado al Código aplicable del Bienestar y la Institución, Código Civil y Estándares de Intimidad de HIPAA. La duplicación de esta información para la revelación adicional se prohíbe sin la autorización escrita del representante de cliente/autorizó a quien pertenece a menos que de otro modo permitido por la ley.	Name: _____	IBHIS#: _____
	Agency: Didi Hirsch MHS Provider # _____	