

## Acuse de recibo

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_

N.º de miembro del ACBHD: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha de admisión: \_\_\_\_\_ Nombre del programa: \_\_\_\_\_

Su firma en este documento confirma que da su consentimiento para recibir los servicios de este proveedor/agencia.

### Si es mayor de 18 años, responda las siguientes preguntas:

- ¿Ya creó una directiva anticipada?  Sí  No
- Si no, ¿le ofreció el proveedor información sobre las directivas anticipadas?  Sí  No

### Firmando este formulario,

- Confirmando que revisaron este paquete conmigo en un idioma o forma que pude entender y que se me ofreció una copia impresa de este paquete.
- Doy mi consentimiento para recibir los servicios voluntarios de salud conductual de esta agencia/proveedor.

Firma del miembro o del representante legal: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

-----El proveedor debe completar la sección de abajo, según corresponda-----

El miembro/representante legal del miembro dio su consentimiento verbal para recibir los servicios voluntarios de salud conductual, pero rechazó o no pudo firmar el formulario.

[Nota: Trate de obtener una firma en una fecha posterior.]

Firma del proveedor \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_