

Acuse de recibo y consentimiento para los servicios

Nombre del miembro: _____

N.º de miembro del ACBHD: _____

Fecha de nacimiento: _____

Fecha de admisión: _____

Nombre del programa: _____

Marque cada casilla si está de acuerdo con la declaración, luego firme y feche el formulario para confirmar que recibió la información requerida y da su consentimiento para recibir servicios voluntarios.

- ☐ **Acepto recibir servicios voluntarios de salud conductual de esta agencia/proveedor.**
- ☐ **Revisaron conmigo los materiales informativos para miembros, incluyendo el Manual del miembro, el Directorio de proveedores y el Aviso de prácticas de privacidad, en un idioma o de una manera que he podido entender, y me ofrecieron una copia de los documentos.**
- ☐ **Acepto recibir servicios a través de telesalud (audio y video) o por teléfono (solo audio) de este proveedor.**
Entiendo que:

- Tengo derecho a acceder a los servicios cubiertos por Medi-Cal en persona.
- El uso de telesalud es voluntario y puedo retirar mi consentimiento o dejar de recibir servicios de esta forma en cualquier momento sin que eso afecte mi acceso a los servicios cubiertos en el futuro.
- Hay beneficios de transporte no médico disponibles para las consultas en persona.
- Me explicaron las posibles limitaciones o riesgos relacionados con la recepción de servicios cubiertos a través de telesalud y respondieron satisfactoriamente mis preguntas.

Si tiene 18 años o más, responda a estas dos preguntas:

1. ¿Ya creó una directiva anticipada? ☐ Sí ☐ No
2. De no ser así, ¿le han ofrecido información sobre directivas anticipadas? ☐ Sí ☐ No ☐ N/A

Firma del miembro o representante legal: _____

Fecha: _____

Esta sección la completa el proveedor, 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: Intente obtener una firma más adelante.

Firma del proveedor _____ *Fecha:* _____