



Health Care Agency
Mental Health Plan (MHP)
Intake/Advisement Checklist

Label

I prefer to receive Informing Materials in the following language:

Assessment of need for Informing Materials on CD

	Yes	No
I was offered/asked if I wanted the Advanced Directive Information Sheet (ADIS), MHP Guide to Medi-Cal Mental Health Services/Provider List, and Notice of Privacy Practices on CD in my preferred language	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> I declined getting a CD		
<input type="checkbox"/> I requested and received the CD in my preferred language.		

Informing Materials:

For all Mental Health Plan Consumers

	Yes	No
I received the MHP Guide to Medi-Cal Mental Health Services	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I received the MHP Provider List	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I received a copy of the Notice of Privacy Practices	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I completed the receipt of Notices of Privacy Practices	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I (or if non-driving minor, the accompanying adult) was advised of and provided written information on the Car Seat regulation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I was offered Voter Registration. If I am under 18, it was offered to the accompanying adults.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Advance Directive (Consumers 18 years old and older)

(For CYBH Consumers: Complete this section at the first review after client turns 18 yrs old)

	Yes	No
I was given the Advance Directive Information Sheet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Date Given (ADIS): _____ / _____ / _____		
I gave the MHP staff my Advance Directive today	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consumer/Legal Guardian Signature: _____	Date signed: _____	
MHP Staff Signature: _____	Date signed: _____	



Agencia del Cuidado de la Salud
Plan de Salud Mental (MHP)
Lista Inicial de Verificación/Asesoría

Label

Yo prefiero recibir todo tipo de material informativo en el idioma:

Evaluación de la necesidad de Materiales Informativos en CD

Se me ofreció y/o pregunto si quiero la hoja de Información de Directiva Avanzada, la Guía del Plan de Salud Mental de Servicios de Medi-Cal/ Lista de Proveedores y el Aviso de Prácticas de Privacidad en un CD en mi idioma preferido	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> He rehusado recibir el CD	<input type="checkbox"/> He pedido y recibido el CD en mi idioma preferido	

Materiales Informativos:

Para todos los consumidores del Plan de Salud Mental (MHP)	Si	No
He recibido del MHP la Guía de Servicios de Salud Mental de Medi-Cal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
He recibido del MHP la Lista de Proveedores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
He recibido una copia del Aviso de Practicas de Privacidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
He firmado el Aviso de Practicas de Privacidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se me aconsejo (o al adulto acompañante de todo menor que aún no maneja) y dio información por escrito acerca de las regulaciones de asientos de niños para automobiles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se me ofreció información acerca del registro de votantes. En caso de un menor de 18 años, se le ofreció al acompañante adulto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Directiva Avanzada (Consumidores de 18 años o mayores)

(Para consumidores de CYBH: Complete esta sección durante la primera evaluación después de que el consumidor cumpla 18 años)

	Si	No
Se me proporciono la hoja de información de Directiva Avanzada (ADIS) en la fecha (ADIS): _____ / _____ / _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Di al staff del MHP mi hoja de Directiva Avanzada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Firma del consumidor/representante legal: _____	Fecha: _____	
Firma del staff del MHP: _____	Fecha: _____	



Cơ Quan Y Tế
Kế Hoạch Chăm Sóc Sức Khỏe Tâm Thần (MHP)
Trắc Nghiệm Khi Tiếp Nhận / Thẩm Định

Nơi dán nhãn

Tôi muốn được nhận những Tài Liệu Thông Tin viết bằng tiếng: _____

Xác định nhu cầu về Tài Liệu Thông Tin trên CD

	Có	Không
Tôi đã được hỏi ý về việc nhận CD bao gồm Tờ Thông Tin Hướng Dẫn (ADIS) Tài Liệu Hướng Dẫn MHP về Danh Sách Những Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Tâm Thần Của Medi-Cal, và Thông Báo Về Quyền Riêng Tư bằng ngôn ngữ của tôi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tôi đã từ chối nhận CD	<input type="checkbox"/> Tôi đã yêu cầu và đã nhận được CD bằng ngôn ngữ của tôi	

Tài Liệu Thông Tin:

Dành Cho Bệnh Nhân Trong Kế Hoạch Chăm Sóc Sức Khỏe Tâm Thần (MHP)

	Có	Không
Tôi đã nhận được Tài Liệu Hướng Dẫn MHP về Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Tâm Thần Của Medi-Cal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tôi đã nhận được Danh Sách Những Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Trong MHP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tôi đã nhận được bản Thông Báo Về Quyền Riêng Tư	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tôi đã hoàn tất chứng nhận có được bản Thông Báo Về Quyền Riêng Tư	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tôi (hoặc nếu là trẻ vị thành niên đi chung xe do người lớn cầm lái) đã được khuyến cáo và cung cấp tài liệu thông tin về Luật Lệ Ghế Ngồi Xe Hơi Cho Trẻ Em	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tôi đã được mời Ghi Danh Bầu Cử. Nếu chưa đến 18 tuổi, người lớn đi cùng tôi đã được mời.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Thông Tin Hướng Dẫn (Dành cho bệnh nhân 18 tuổi trở lên)

(Bệnh nhân CYBH: Điền phần dưới đây trong buổi tái thẩm định khi được 18 tuổi)

	Có	Không
Tôi đã nhận được Tờ Thông Tin Hướng Dẫn (ADIS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ngày Nhận (ADIS): _____ / _____ / _____		
Tôi đã đưa cho nhân viên MHP Tờ Thông Tin Hướng Dẫn của tôi ngày hôm nay	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chữ Ký Của Bệnh Nhân / Người Giám Hộ: _____ Ngày Ký: _____		
Chữ Ký Nhân Viên MHP: _____ Ngày Ký: _____		

من ترجیح میدهم که اطلاعات و منابعی را که دریافت میکنم به زبان
باشد.

ارزیابی نیاز ارائه اطلاعات و منابع به صورت سی دی CD

	بله	نه
در مورد اینکه فرم "پیش دستورالعمل" (ای دی آی اس)، راهنمای برنامه بهداشت روانی (ام اچ پی) برای خدمات بهداشت روانی و فهرست ارائه کنندگان خدمات مدیکال، و اعلامیه مربوط به عملکردهای محرمانه به زبان ترجیحی من را روی سی دی میخواهم از من پرسیدند / خواستند به من بدهند.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
درخواست کردم و سی دی به زبانیکه میخواستم به من داده شد. <input type="checkbox"/>		
از قبول سی دی خودداری کردم <input type="checkbox"/>		

اطلاعات و منابع:

برای تمام کسانی که از برنامه بهداشت روانی (ام اچ پی) استفاده میکنند	بله	نه
راهنمای برنامه بهداشت روانی (ام اچ پی) برای خدمات بهداشت روان مدیکال را دریافت کردم.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
فهرست ارائه کنندگان خدمات برنامه بهداشت روانی (ام اچ پی) را دریافت کردم.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
یک نسخه از اعلامیه مربوط به عملکردهای محرمانه را دریافت کردم.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
فرم رسید اعلامیه مربوط به عملکردهای محرمانه را تکمیل کردم.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
در مورد مقررات کاربرد صندلی مخصوص کودکان توصیه های لازم به من (یا اگر فرد زیر هجده سال هستم به بزرگسال همراه) شد و اطلاعات کتبی هم داده شد.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
به من (یا اگر زیر هجده سال هستم به بزرگسال همراه) پیشنهاد ثبت نام برای رای دادن شد.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

فرم "پیش دستورالعمل" (برای افراد بالای هجده سال)

(در مورد کسانی که از خدمات بهداشت رفتاری کودکان و نوجوانان استفاده میکنند این قسمت را در اولین جلسه بعد از اینکه مصرف کننده ۱۸ ساله شد کامل کنید)

	بله	نه
فرم اطلاعات "پیش دستورالعمل" به من داده شد.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
تاریخی که فرم اطلاعات "پیش دستورالعمل" (ای دی آی اس) به من داده شد _____ / _____ / _____		
فرم "پیش دستورالعمل" را امروز به کارکنان برنامه بهداشت روانی (ام اچ پی) دادم.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
امضای مصرف کننده یا سرپرست قانونی: _____ تاریخ امضاء: _____		
امضای کارمند ام اچ پی: _____ تاریخ امضاء: _____		



본인은 다음 언어로 된 안내문을 받고 싶습니다: _____

CD에 수록된 안내문 필요평가

	예	아니오
본인은 제가 원하는 언어로 된 CD에 수록된 사전의사결정서 정보용지, 메디칼 정신건강 서비스를 위한 MHP 안내/제공자 목록, 그리고 개인정보보호 실시 통지서가 필요한 지 여부를 요청/문의 받았습니까	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 본인은 CD를 받는 것을 거부했습니다. <input type="checkbox"/> 본인은 본인이 원하는 언어로 된 CD를 요청했고 수령했습니다.		

안내 도구:

모든 정신건강 소비자에 관한 것입니다

	예	아니오
본인은 메디칼 정신건강 서비스에 대한 MHP 안내를 받았습니까	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
본인은 MHP 제공자 명단을 받았습니까	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
본인은 개인정보보호 실시 통지서의 사본을 1부 받았습니까	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
본인은 개인정보보호 실시 통지서의 수령증을 작성했습니다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
본인(또는 비 운전 미성년자일 경우, 동반 성인)은 자동차 좌석 규제에 관하여 기록된 안내에 관한 조언을 받았고, 제공받았습니다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
본인은 유권자 등록 요청을 받았습니까. 본인이 18세 미만일 경우, 이 요청은 동반 성인이 받았습니까.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

사전의사결정서(18세 이상의 소비자)

(CYBH 소비자에 해당: 이 섹션을 작성하면 신청자가 18세 이후일 때 최초로 검토함)

	예	아니오
본인은 사전의사결정서 정보 용지를 받았습니까	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
수령일자(ADIS): _____ / _____ / _____		
본인은 오늘 MHP 실무자에게 본인의 사전의사결정서를 주었습니다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
소비자/법적 보호자 서명: _____	서명일자: _____	
MHP 실무자서명: _____	서명일자: _____	

أفضل تلقي المواد الإعلامية باللغة التالية:

تقييم الحاجة إلى مواد إعلامية على قرص مضغوط (CD)

لا	نعم	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تلقيت عرض/تم سؤالي عن ما إذا كنت أريد الحصول على ورقة المعلومات التوجيهية المسبقة (ADIS)، دليل برنامج الصحة العقلية (MHP) لخدمات Medi-Cal المعنية بقائمة خدمات/مقدم خدمة الصحة العقلية، وإشعار ممارسات الخصوصية على قرص مضغوط (CD) بلغتي المفضلة
		<input type="checkbox"/> رفضت الحصول على قرص مضغوط (CD) <input type="checkbox"/> طلبت وتلقيت القرص المضغوط (CD) بلغتي المفضلة.

مواد إعلامية:

لا	نعم	لكافة المنتفعين بخطة الصحة العقلية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تلقيت دليل خطة الصحة العقلية (MHP) لخدمات Medi-Cal المعنية بالصحة العقلية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تلقيت قائمة مقدمي خدمة برنامج الصحة العقلية (MHP)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تلقيت نسخة من إشعار ممارسات الخصوصية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أكملت إشعار ممارسات الخصوصية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أنا (أو إذا كان قاصرًا لا يقود سيارة، بالغ مرافق) تم توجيهي بشأن وحصلت على معلومات مكتوبة حول قواعد مقعد السيارة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تلقيت عرض بالتسجيل في سجل الناخبين. وإذا كنت أقل من 18 عام، تم عرض التسجيل على الأشخاص البالغين المرافقين.

التوجيه المسبق (المنتفعين في سن 18 عام أو أكبر)

(المنتفعين بـ CYBH: يرجى إكمال هذا القسم عند أول مراجعة بعد بلوغ العميل 18 عام)

لا	نعم	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	لقد تلقيت ورقة معلومات التوجيه المسبق
		البيانات التي حصلت عليها (ADIS): _____/_____/_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أعطي اليوم فريق عمل برنامج الصحة العقلية (MHP) التوجيه المسبق الخاص بي
		توقيع المنتفع/الوصي القانوني: _____ تاريخ التوقيع: _____
		توقيع فريق عمل برنامج الصحة العقلية (MHP): _____ تاريخ التوقيع: _____