

Drug Medi-Cal Organized Delivery
System (DMC-ODS)
Evaluación Inicial/ Materiales
Informativos

Beneficiary's name

Yo prefiero recibir todo tipo de Material Informativo en el siguiente idioma: _____
(El personal de DMC-ODS debe revisar y completar esta forma con el consumidor o su representante legal)

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

Se me ofreció/pregunto si quería el Manual del Beneficiario de Medi-Cal DMC-ODS (el Plan) en un CD o en una 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

Beneficiarios de DMC-ODS (Marque la casilla correspondiente)

Recibí el enlace <http://www.ochealthinfo.com/DMC-ODS>

(Para el Manual del Beneficiario de Medi-Cal DMC-ODS y la Guía de Proveedores) o

He pedido que se envíe a mi residencia el Manual del Beneficiario de Medi-Cal DMC-ODS y la Guía de Proveedores dentro de 5 días a partir de hoy.

Fecha de envío: _____ (Iniciales del personal) o

He recibido el Manual del Beneficiario de Medi-Cal DMC-ODS y la Guía de Proveedores (**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 Plan mi AD.
____/____/____ (Fecha) ____ (Iniciales)

Firmas

Firma del Derechohabiente/Representante Legal: _____ Fecha: ____/____/____

Firma del Personal del Plan: _____ Fecha: ____/____/____