



**MENDOCINO COUNTY BEHAVIORAL HEALTH & RECOVERY SERVICES
(MENTAL HEALTH PROGRAM)
ACKNOWLEDGMENT OF RECEIPT
NOTICE OF PRIVACY PRACTICES AND OTHER INFORMATION**

Para, _____ . Al firmar este formulario, usted reconoce el recibo de la
(Tipo en nombre del cliente)

notificación de privacidad prácticas de Mendocino County Behavioral Health & Recovery Services, Mental Health Department nuestro aviso de prácticas de privacidad proporciona información acerca de cómo podemos utilizar y divulgar su información protegida de la salud y los derechos de su expediente médico y otra información importante. Por favor lea el aviso de prácticas de privacidad en su totalidad.

Además de recibir nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, que también se les ha brindado la siguiente información:

- | | |
|--|--|
| s Servicios de Salud Mental Lista de Proveedores | s Plan de Salud Mental (MHP) Folleto |
| s Guía manual de servicios de Salud Mental de Medi-Cal | s Su Derecho de Hacer las Decisiones acerca del Tratamiento Médico Folleto |
| s Quejas y Apelaciones Proceso Folleto | s Petición para Cambio de Proveedor |
| s Petición de un segundo folleto de la opinion | |

Plan de Salud Mental del Condado de Mendocino (MHP) ofrece asistencia gratuita de interpretación, lenguaje de Sígnos Americano y servicios de retransmisión de California (TTY/TDD) para los beneficiarios que soliciten o acceso a los servicios. Estos servicios pueden ser requeridos con cualquier proveedor del Plan de Salud Mental o llamando al 1-800 -555-5906.

Con su firma usted acepta que se le ofren servicios de intérprete sin costo para usted. Si tiene alguna pregunta acerca de la información anterior, póngase en contacto con:
Mendocino County Behavioral Health & Recovery Services - Mental Health Program
1120 South Dora Street
Ukiah, CA 95482
(707) 472-2300 Fax: (707) 472-2306

Reconocimiento de recibo:

La firma: _____ La Fecha: _____
(Cliente / Padre / Conservador / Guarda)

Incapacidad de obtener reconocimiento: Describir los esfuerzos realizados par obtener el reconocimiento y las razones de por qué no se obtuvo:

Firma del representante de proveedor: _____

La Fecha: _____

NOTA: Nuestro aviso de practicas de privacidad está sujeta a cambios. Si cambiamos nuestro aviso, puede obtener una copia del aviso revisado accediendo a sitio web en www.co.mendocino.ca.us/mh o ponerse en contacto con nuestra oficina de recepción en Ukiah al 707-472-2300 o en Fort Bragg al 707-961-2665.