



## Salud del Comportamiento del Condado de El Dorado, Servicios para Trastornos Causados por el Uso de Sustancias

[SUDSQualityAssurance@edcgov.us](mailto:SUDSQualityAssurance@edcgov.us)

929 Spring Street, Placerville, CA 95667

(T) 530-621-6146 (F) 530-295-2596

He recibido información sobre los siguientes puntos al inicio de los servicios:

Escribir las  
iniciales para  
confirmar el  
recibo

Información Proporcionada a los Beneficiarios de Medi-Cal

	<p><b>Manual para Miembros de DMC ODS de El Dorado (Materiales informativos)</b> Reconozco que me ofrecieron un manual para miembros y me notificaron de que puedo solicitar el manual para miembros de cualquier proveedor de la red o descargar una copia de nuestro sitio web en cualquier momento.</p>
	<p><b>Derechos de los Beneficiarios y Solicitantes</b> Reconozco que se me notificaron mis derechos y que me entregaron el folleto de Derechos de los Miembros y Solicitantes y el folleto de Resolución de Problemas.</p>
	<p><b>¿Qué son los Formularios de Reclamación y Apelación?</b> Reconozco que se me notificó y que se me proporcionaron los folletos “¿Qué es una Reclamación?” y “¿Qué es una Apelación?”, que me informan sobre los procedimientos para presentar una reclamación, una apelación y cómo solicitar una Audiencia Estatal Imparcial.</p>
	<p><b>Servicios de Intérpretes, que incluyen servicios visuales, auditivos y para conocimientos limitados del idioma (LLP, por sus siglas en inglés).</b> Reconozco que se me brindaron servicios de interpretación, que incluyen servicios de audio, visuales o para conocimientos limitados del idioma, o que rechacé estos servicios porque no los necesito.</p>
	<p><b>Aviso de Prácticas de Privacidad que incluye CFR 42 Parte 2</b> El Aviso de Prácticas de Privacidad explica cómo protegemos la información de su tratamiento. Reconozco que se me proporcionó tanto información sobre CFR 42 Parte 2 como sobre la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés) y entiendo mis derechos de privacidad como beneficiario.</p>
	<p>Reconozco que se me notificó que tengo derecho a obtener cualquiera de estos documentos en cualquier momento solicitándoselos a cualquier proveedor de SUD o en Internet en el sitio web del Condado, <a href="https://www.edcgov.us/Government/MentalHealth/Pages/SUD.aspx">https://www.edcgov.us/Government/MentalHealth/Pages/SUD.aspx</a></p>

Entiendo que, si mi información de contacto cambia, tengo la responsabilidad de informar sobre estos cambios a la Agencia de Servicios Humanos y de Salud del Condado de El Dorado.

A mí, \_\_\_\_\_ (nombre del beneficiario), se me ha dado información sobre los puntos marcados anteriormente y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas.

Firma del Beneficiario; Representante Legal del Beneficiario (si corresponde)

\_\_\_\_\_  
(Firma)

Fecha \_\_\_\_\_

Firma del personal y número de contacto

\_\_\_\_\_  
(Firma)                      \_\_\_\_\_  
(Número de teléfono)

Fecha \_\_\_\_\_