

## BayCare Behavioral Health Orientación a los servicios

Nombre: \_\_\_\_\_ Caso No. \_\_\_\_\_

Fecha de admisión: \_\_\_\_\_

**Orientación general:**      **Se entregó la Guía de Orientación de Baycare**  
    **Ya se le había entregado la Guía de Orientación de Baycare**

Mis Derechos y responsabilidades	Obligaciones financieras
Formas en las que puedo dar mi opinión	Responsabilidad corporativa
Prácticas de privacidad y confidencialidad	Normas de conducta profesional
Proceso de quejas y apelaciones	Autorización de tratamientos
Prácticas de salud y seguridad	Prácticas para el control de infecciones
Respuesta ante riesgos potenciales	Directivas anticipadas
Números de teléfono importantes, incluyendo el número del Registro de Abusos	

He recibido información sobre los temas mencionados arriba y entiendo que puedo hacer preguntas en cualquier momento.

\_\_\_\_\_  
Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha/Hora

\_\_\_\_\_  
Firma del tutor legal (si corresponde)

\_\_\_\_\_  
Fecha/Hora