

## QUEJAS

Se le anima a que hable sobre cualquier problema relacionado a sus servicios de salud mental directamente con su proveedor o el supervisor. Clientes que no puedan resolver cualquier problema relacionado con cualquier aspecto de sus servicios, pueden hacer una queja verbal al llamar al Coordinador de Manejo de Calidad a los números indicados abajo, o al entregar una forma escrita. Las formas están disponibles en el área de recepción de todas las clínicas y oficinas de proveedores o al llamar al Coordinador de Manejo de Cuidado al **(559) 673-3508**, línea gratuita **(888) 275-9779** TTY **(800) 855-3000** o en el sitio web del condado, <http://madera-county.com/index.php/client-rights-and-information>.

Los siguientes servicios también están disponibles para asistirle en resolver quejas:

Coordinador del Manejo de Calidad  
**(559) 673-3508**  
**(888) 275-9779 (llamada gratis)**

Representante de Derechos del Cliente  
**(559) 673-3508**  
**(888) 275-9779**

Mediador del Estado  
**(800) 896-4042 (llamada gratis)**

TTY **(800) 896-2512**

Email: [MHombudsman@dhcs.ca.gov](mailto:MHombudsman@dhcs.ca.gov)

Usted puede asignar a un representante para que actúe en su nombre durante este proceso.

Por favor pregunte a recepcionista sobre su **derecho** a servicios gratuitos de **asistencia en su idioma** y formatos alternativos de este panfleto. Si tiene **limitaciones físicas**, le ayudaremos a encontrar servicios disponibles, apropiados y accesibles.

## SOLICITUD PARA CAMBIO

### DE PROVEEDOR DE SALUD MENTAL

SERVICIOS DE SALUD DE COMPORTAMIENTO

CONDADO DE MADERA



Entregue o mande la forma a:  
Madera County  
Behavioral Health Services  
Mental Health Plan  
P.O. Box 1288  
Madera, CA 93639

Relevo de California  
(en Español)  
marcar el **711**

Voz a Voz en Español  
**(866) 288-4151**  
**TTY (800) 855-3000**

SERVICIOS DE COMPORTAMIENTO DEL CONDADO DE MADERA  
SOLICITUD PARA CAMBIO DE PROVEEDOR DE SALUD MENTAL

FECHA: \_\_\_\_\_

PARA: Programa de Manejo de Calidad de Salud Mental

DEPARTE: \_\_\_\_\_  
(Nombre del Cliente – Por favor escriba claramente)

\_\_\_\_\_  
(Nombre del Guardián Legal si la solicitud es para un niño o menor)

Solicito un cambio de proveedor de servicios, \_\_\_\_\_,  
(Nombre del Proveedor de Servicio)  
por la(s) siguiente(s) razón(es):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Me gustaría cambiar mi proveedor a un proveedor cultural/étnicamente específico, de género específico o de edad específica. Por favor díganos cual prefiere:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Le animamos a que hable sobre el problema con su consejero(a), trabajador(a) de caso, psiquiatra o el supervisor(a).

MARQUE UNO: \_\_\_\_\_ He hablado sobre el problema con esta persona.  
\_\_\_\_\_ No he hablado sobre el problema con esta persona.

**Petición para cambio de Psiquiatra**

Si la solicitud es para cambio de Psiquiatra, su Psiquiatra será notificado solo si es razonable, apropiado y beneficioso para el progreso de su tratamiento.

Entiendo que se le dará consideración a esta solicitud y que puedo esperar una respuesta dentro de los siguientes diez días de trabajo.

Domicilio: \_\_\_\_\_

¿Nos permite enviar correo a esta dirección? *Sí o No*

Número de teléfono (Por favor indique la mejor hora para llamar): \_\_\_\_\_

¿Nos permite llamarle a este número de teléfono? *Sí o No*

¿Nos permite dejar un mensaje para usted en este número de teléfono? *Sí o No*

**Entiendo que para procesar esta petición, su contenido podría ser compartido con el proveedor y otras personas involucradas del personal.**

Firma: \_\_\_\_\_