

**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

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

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.

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:
