



CONDADO DE YOLO

Agencia de Servicios de Salud y Humanos
Salud Conductual

MR#: _____
Para uso de la oficina
únicamente

Formulario de Solicitud de Cambio de Proveedor – Lado 1

Si usted cree que su proveedor actual no está satisfaciendo sus necesidades de tratamiento y quisiera solicitar un cambio de proveedor, por favor llene este formulario y devuélvalo a la recepcionista en la clínica en donde está recibiendo los servicios. Solicitar un cambio de proveedor no lo pone en riesgo de que le nieguen los servicios de salud conductual o de que cambie el tipo de servicios que está recibiendo.

Las solicitudes de cambio de proveedor serán revisadas cuidadosamente por el supervisor de la clínica y serán aprobadas según sea adecuado. Se le informará sobre el resultado de su solicitud mediante una carta o llamada telefónica.

Puede obtener ayuda para llenar este formulario del personal de la clínica en el lugar en donde está recibiendo los servicios, de Gestión de Calidad al teléfono (530) 666-8788 o de la Oficina de Derechos de los Pacientes al teléfono (800) 666-8788.

Fecha de Solicitud: _____

Nombre del Cliente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Número de Teléfono: _____

El cliente es un menor El cliente es un pupilo Nombre del tutor: _____

1. Proveedor actual: _____

2. ¿Por qué está pidiendo cambiar de proveedor? _____

<input type="checkbox"/> Comunicación (ej. no escucha; no devuelve las llamadas; no entiendo lo que dice)
<input type="checkbox"/> Problemas culturales (ej. no comprende mi trasfondo cultural)
<input type="checkbox"/> Género (ej. solicitar un género específico) Especificar: _____
<input type="checkbox"/> Idioma (ej. solicitar un idioma específico) Especificar: _____
<input type="checkbox"/> Problemas con los medicamentos (ej. efectos secundarios; necesita una segunda opinión; necesita cambiar de medicamento)
<input type="checkbox"/> Recomendado (ej. recomendado por un clínico o la familia)
<input type="checkbox"/> Solicitud para un médico/clínico específico Cambiar a: _____
<input type="checkbox"/> Grosero y/o poco profesional
<input type="checkbox"/> Inquietudes de programación (ej. retrasos entre citas; largo tiempo de espera en el lobby)
<input type="checkbox"/> Tele-medicina/tele-salud (ej. solicitar tratamiento cara a cara)
<input type="checkbox"/> Inquietudes sobre el tratamiento
<input type="checkbox"/> Otro: _____

3. ¿Qué tipo de cambio desea? _____

4. Por favor describa sus inquietudes específicas: _____



CONDADO DE YOLO

Agencia de Servicios de Salud y Humanos
Salud Conductual

MR#: _____
Para uso de la oficina
únicamente

Formulario de Solicitud de Cambio de Proveedor – Lado 2

****ESTE LADO ES PARA USO DEL PERSONAL
ÚNICAMENTE****

Nombre del sitio: _____

Tipo de proveedor: Gerente de Caso Clínico Enfermera/LVN/Tec. Psiq.

Psiquiatra Otro

Servicios Proporcionados Actualmente: _____

Aprobado

Nombre del nuevo proveedor: _____

Próxima cita: _____

Cliente informado el: _____

Cliente informado por: Correo Tel. No se pudo contactar al cliente

Denegado

Razón: _____

Cliente informado el: _____

Cliente informado por: Correo Tel. No se pudo contactar al cliente

Escribir _____ Firma _____ Fecha _____
Supervisor Clínico

Escribir _____ Firma _____ Fecha _____
Director Clínico Médico
(si los servicios son proporcionados por un psiquiatra)

NOTA: Este formulario debe ser enviado a la **UNIDAD DE GESTIÓN DE CALIDAD** a la dirección 137 N. Cottonwood St., Suite 2500, Woodland, CA 95695 dentro de los siguientes 5 días después de la fecha en que se hizo la solicitud del cambio.