



# CONDADO DE YOLO

Agencia de Salud y Servicios Humanos  
Salud Conductual

MR# \_\_\_\_\_  
For Office Use Only

## SOLICITUD PARA UNA SEGUNDA OPINIÓN

Como beneficiario de Medi-Cal, puede solicitar al Plan de Salud Mental (MHP) que haga arreglos para obtener una segunda opinión sobre su condición de salud mental. Para hacer esto, puede llamar y hablar con un representante del condado de Yolo al (888) 965-6647 o escribir a 137 N. Cottonwood St., Woodland, CA 95695.

El MHP proporcionará una segunda opinión de un profesional de la salud mental con licencia empleado, contratado o puesto a disposición por el MHP cuando el MHP o sus proveedores determinen que no se han cumplido los criterios de necesidad médica y que, por lo tanto, el beneficiario no tiene derecho a cualquier servicio especializado de salud mental del MHP. El MHP determinará si la segunda opinión requiere un encuentro cara a cara con el beneficiario.

Por favor llene este formulario lo mejor que pueda en sus propias palabras. Si desea ayuda con este formulario, no dude en comunicarse con su terapeuta o médico, Gerencia de control de calidad al (530) 666-8788 o la Oficina de Derechos del Paciente al (800) 970-5816. Envíe por correo el formulario completo a la Gerencia del control de calidad, 137 N. Cottonwood St., Suite 2500, Woodland, CA 95695, o Fax al (530) 666-8637.

**Nota: El beneficiario no será objeto de discriminación o cualquier otra sanción por la búsqueda de una segunda opinión.**

¿Por qué vino originalmente a HHSA Salud Conductual del Condado de Yolo en busca de ayuda?

¿De qué clínica o proveedor recibió servicios?

¿Por qué está solicitando una segunda opinión?

¿Ha recibido una carta de Aviso de Acción respecto a este asunto?

SI  NO

Fecha solicitada \_\_\_\_\_

Firma del beneficiario (cliente) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Teléfono# \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_