SAN BERNARDINO COUNTY

Departamento de Salud Mental

SIMON #_____
Sólo Para Uso de la Oficina

FORMULARIO PARA SOLICITAR EL CAMBIO DE PROVEEDOR - PRIMER LADO

Como cliente del Departamento de Salud Mental, usted tiene el derecho de solicitar un cambio si no está de acuerdo con su actual proveedor de servicios. Pedir un cambio de proveedor no lo pone en riesgo de que sus servicios de salud mental sean negados y no cambiara el tipo de servicios que recibe.

Si usted desea solicitar un cambio de proveedor, por favor complete este formulario lo mejor que pueda en sus propias palabras. Puede obtener ayuda para completar este formulario por medio del supervisor de la clínica donde está recibiendo servicios, en la Unidad de Acceso (Access Unit por su nombre en inglés) al: (888) 743-1478, en la Oficina de Derechos del Paciente (Patients' Rights por su nombre en inglés) al: (800) 421-4657.

Una vez que haya completado este formulario, por favor regrese su formulario a la recepcionista en la clínica donde actualmente está recibiendo servicios.

Fecha de solicitud _____

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Teléfono: _____ No. de Seguro Social: XXX-XX- _____

1. ¿Cuál es el nombre del proveedor que le gustaría cambiar?

_____

2. ¿Porque está solicitando un cambio de proveedor?

_____

_____

_____

_____

_____

_____

3. ¿Cuál es el tipo de cambio que quiere hacer? _____

4. ¿Usted habló con su proveedor actual sobre su solicitud para un cambio?

   Sí ☐ Por favor, complete el #5 No ☐ Ya término.

5. ¿Qué le dijo su proveedor actual?

_____

_____

_____

_____

Gracias por completar este formulario.

SIMON #_____
Sólo Para Uso de la Oficina

FORMULARIO PARA SOLICITAR EL CAMBIO DE PROVEEDOR - SEGUNDO LADO

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

Nombre de la Clínica de Cuidado Externo: _____

Respuesta de la Clínica a la solicitud: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Autorizaciones:

Firma _____ _____
Supervisor de la Clínica Fecha

Firma _____ _____
Director Médico de la Clínica Fecha

AVISO: Envíe este formulario a: **Access Unit,** 303 E. Vanderbilt Way, San Bernardino, CA 92415-0026, antes del quinto día del mes siguiente en cual se solicitó el cambio.