SAN BERNARDINO COUNTY

Departamento de Salud Mental

SIMON#: _____
For Office Use Only

Formulario Para Solicitar el Cambio de Proveedor – Primer Lado

Si usted cree que su actual proveedor no está cumpliendo con sus necesidades de tratamiento, y usted desea solicitar un cambio de proveedor, por favor complete este formulario y devuélvalo a la recepcionista en la clínica donde está recibiendo 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.

Las peticiones del cambio del abastecedor serán examinadas con cuidado por el supervisor de la clínica y aprobadas, como apropiadas. Será informado del resultado de su solicitud por la carta o llamada telefónica.

Puede obtener ayuda para completar este formulario por medio del personal de la clínica donde está recibiendo servicios, en la Unidad de Acceso (Access Unit por su nombre en inglés) al: (888) 743-1478, o en la Oficina de Derechos del Paciente (Patients' Rights por su nombre en inglés) al: (800) 440-2391.

Fecha de solicitud: _____

Nombre de cliente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de Teléfono: _____

☐ Cliente es un menor de edad ☐ Cliente esta en Tutor Nombre de tutor: _____

1. ¿Actual proveedor? _____

2. ¿Porque está solicitando un cambio de proveedor?_____

☐	Comunicación (e.g. no escucha; no devuelve llamadas; no entiendo lo que dicen)
☐	Cuestiones culturales (i.e. no entiende mi fondo cultural)
☐	Género (i.e. solicitando a un género específico) Especificar: _____
☐	Idioma (i.e. solicitando a un idioma específico) Especificar: _____
☐	Temas de medicina (e.g. efectos secundarios; necesita segunda opinión; necesita cambiar la medicación)
☐	Recomienda (i.e. recomendado por el médico o familia)
☐	Solicitud de un médico/clínico específico Cambiar a: _____
☐	Grosero y/o poco profesional
☐	Problemas de programación (e.g. retrasos entre citas; tiempo de larga espera en el vestíbulo)
☐	Telemedicina/telesalud (i.e. solicitan tratamiento cara a cara)
☐	Preocupaciones de tratamiento
☐	Otros: _____

3. ¿Qué tipo de cambio quieres _____

_____

4. Describa sus preocupaciones específicas: _____

_____

SAN BERNARDINO COUNTY

Departamento de Salud Mental

SIMON#: _____
For Office Use Only

Formulario Para Solicitar el Cambio de Proveedor – Segundo Lado

ESTE LADO ES PARA USO PERSONAL

Name of Site: _____

Type of Provider: ☐ **Case Manager** ☐ **Clinician** ☐ **Nurse/LVN/Psych Tech**
☐ **Psychiatrist** ☐ **Other**

Current Services Provided: _____

☐ **Approved**

New provider name: _____

Next appointment: _____

Client informed on: _____

Informed client via: ☐ **Mail** ☐ **Phone** ☐ **Unable to contact client**

☐ **Denied**

Reason: _____

Client informed on: _____

Informed client via: ☐ **Mail** ☐ **Phone** ☐ **Unable to contact client**

Print _____ **Sign** _____ **Date** _____
Clinic Supervisor

Print _____ **Sign** _____ **Date** _____
Clinical Medical Director
(if services provided are by a psychiatrist)

NOTE: This form should be sent to the **ACCESS UNIT** at 303 E. Vanderbilt Way, San Bernardino, CA 92415-0026 by the **5th** day of the month, following the date the request for change was made.

LANGUAGE TAGLINES

English
ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you. Call *[1-888-743-1478]* (TTY: *[711]*).

Español (Spanish)
ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al *[1-888-743-1478]* (TTY: *[711]*).

Tiếng Việt (Vietnamese)
CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số *[1-888-743-1478]* (TTY: *[711]*).

Tagalog (Tagalog– Filipino)
PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa *[1-888-743-1478]* (TTY: *[711]*).

한국어 (Korean)
주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. *[1-888-743-1478]* (TTY: *[711]*)번으로 전화해 주십시오.

繁體中文**(Chinese)**
注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 *[1-888-743-1478]* (TTY: *[711]*)。

Հայերեն **(Armenian)**
ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Զանգահարեք *[1-888-743-1478]* (TTY (հեռատիպ)՝ *[711]*):

Русский (Russian)
ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните *[1-888-743-1478]* (телетайп: *[711]*).

فارسی **(Farsi)**
توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی
به صورت رایگان برای شما
فراهم می باشد. با تماس به *[1-888-743-1478]* (TTY: *[711]*) گیرید.

LANGUAGE TAGLINES

日本語 **(Japanese)**
注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。*[1-888-743-1478]* (TTY: *[711]*) まで、お電話にてご連絡ください。

Hmoob (Hmong) LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau *[1-888-743-1478]* (TTY: *[711]*).

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)
ਧਿਆਨ ਧਿਓ: ਜੇ ਤੁਸ ੀਂ ਪੰਜਾਬ ਬੋਲਿ ਹੋ, ਤਾ ੀਂ ਭਾਸ਼ਾ ਧ ਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇ ਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਿ ਹੈ। *[1-888-743-1478]* (TTY: *[711]*) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

الـ عربـ ية(Arabic)
مـلحوظة: إذا كـ نت تـ تحدث اذكر الـ لغة، فـ إن خدمات الـ مـ ساعدة الـ لغويـ ة تـ توافـ ر لـ ك بـ الـ مجان. اتـ صل بـ رقـ م *[1-888-743-1478]*
(رقم هاتـف الصم: بكم: والـ *[711]* .)

हिंदी (Hindi) ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। *[1-888-743-1478]* (TTY: *[711]*) पर कॉल करें।

ภาษาไทย **(Thai)**
เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร *[1-888-743-1478]* (TTY: *[711]*).

ខ្មែរ (Cambodian)
ប្រយ័ត្ន៖ រ ើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្ម , រសវាជំនួយមនន្ទកភាសា ោយមិនគិតុ្ន្ទ្ធ ្ន
គឺអ្ាចមានសំ ា ់ ់ំ រ ើអ្ក។ ចូ ទ្ទ ស័ព្ទ *[1-888-743-1478]* (TTY: *[711]*)។

ພາສາລາວ (Lao)
ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັງຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທຣ *[1-888-743-1478]* (TTY: *[711]*).