



# Department of Behavioral Health

Avatar#: \_\_\_\_\_  
For Office Use Only

## Formulario Para Solicitar el Cambio de Proveedor – Primera Página

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 realizando una de las siguientes acciones:

- Regrese a el personal en la clínica donde está recibiendo servicios, o mande por
- Correo electrónico a: [DBH-ChangeofProviderRequest@dbh.sbcounty.gov](mailto:DBH-ChangeofProviderRequest@dbh.sbcounty.gov), o
- Correo a: **DBH Quality Management Division**

Attn: Change of Provider  
303 E. Vanderbilt Way  
San Bernardino, CA 92415

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 y aprobadas, como apropiadas. Será informado del resultado de su solicitud por 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: \_\_\_\_\_ Últimos Cuatro Dígitos del  
Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Cliente es un Menor de Edad  Cliente esta en Tutor Nombre de Tutor: \_\_\_\_\_

1. Nombre actual del proveedor: \_\_\_\_\_

2. ¿Porque está solicitando un cambio de proveedor? \_\_\_\_\_

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



**Formulario Para Solicitar el Cambio de Proveedor – Segunda Página**

<input type="checkbox"/>	Telemedicina/telesalud (i.e. solicitan tratamiento cara a cara)
<input type="checkbox"/>	Preocupaciones de tratamiento
<input type="checkbox"/>	Otros: _____

3. ¿Qué tipo de cambio quiere?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Describa sus preocupaciones específicas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



# Department of Behavioral Health

Avatar#: \_\_\_\_\_  
For Office Use Only

## Formulario Para Solicitar el Cambio de Proveedor – Tercera Página

**\*\* ESTA SECCIÓN ES SOLO PARA USO DEL 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 completed form must be sent to **DBH QUALITY MANAGEMENT** at [DBH-ChangeofProvideRequest@dbh.sbcounty.gov](mailto:DBH-ChangeofProvideRequest@dbh.sbcounty.gov) or 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: Ձանգահարեք [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 بصورت رایگان برای شما تماس بگیرد (TTY: [711]) فراهم می باشد. [1-888-743-1478]

### 日本語 (Japanese)



# LANGUAGE TAGLINES

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 ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬ ਬੋਲਿ ਰੇ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਧ ਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇ ਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਿ ਹੈ। [1-888-743-1478] (TTY: [711]) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

## العربية (Arabic)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم [1-888-743-743-1478] (رقم هاتف الصم والبكم: [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: អ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, រសវាជំនួយមនុស្សភាសា រោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូលទៅសុំជំនួយ [1-888-743-1478] (TTY: [711])។

## ພາສາລາວ (Lao)

ໄປດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຍຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ [1-888-743-1478] (TTY: [711]).