



A veces usted podría desear cambiar el personal de tratamiento que le esta sirviendo a usted.

Quando esto suceda usted puede solicitar que un personal nuevo le provea los servicios. Usted puede usar esta forma para pedir un cambio de personal de tratamiento.

Como Hay Completado el Formulario

Entrega Ud. el formulario a la recepcionista en la clínica donde Ud. recibe servicios. O, puede enviarlo al:

Condado de Santa Cruz
Departamento de Mejora de la Calidad
1400 Emeline Avenue
Santa Cruz CA 95060

Gracias por participar en su cuidado.

¿Qué Sucederá Después?

Se le contactará para tratar de encontrar soluciones para sus inquietudes.

La información que usted provea en esta formulario no será parte de su expediente médico. Esta información se mantendrá en el Departamento de Calidad y Mejoramiento y solo será compartida con el personal necesario de Salud Mental y el Tratamiento del Uso de Sustancias para poder resolver el problema. Toda la información será tratada como confidencial para cumplir con las políticas y procedimientos del Condado de Santa Cruz Salud Mental y Tratamiento del uso de Sustancias.



SALUD MENTAL Y TRATAMIENTO
DEL USO DE SUSTANCIAS
AGENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

Cambiando su Personal de Tratamiento



Llamada Gratuita
1-800-952-2335
Se hablan varios idiomas

Quality Improvement Department
Santa Cruz County Behavioral Health Services
PO Box 962
Santa Cruz, CA 95061



El Plan de Salud Mental y el Plan de Drogas Medi-Cal Sistema de Entrega Organizada toman en serio sus preocupaciones. Haremos todo lo razonablemente posible para satisfacer su solicitud. No será sujeto a discriminación o penalizado por solicitar un cambio de personal de tratamiento.

Atentamente: Departamento de Mejoramiento y Calidad Salud Mental y Tratamiento del Uso de Sustancias

Solicitud de Cambio de Personal de Tratamiento

Nombre de la persona que llena el formulario:

Nombre del cliente:

Fecha de Nacimiento:

Fecha:

Dirección:

Teléfono:

Nombre del Padres / Guardián (si es menor de 18 años):

Soy un menor elegible que ha dado mi consentimiento a mi propio cuidado: Sí No

Doctor Actual:

Coordinador Actual (si se aplica):

Terapeuta Actual (si se aplica):

Indique uno:

Solicito un cambio en: Doctor Coordinador de Cuidado Terapeuta Otro Proveedor

Nombre del personal que quiero cambiar: _____

Motivo de la Solicitud (marque uno):

- Tengo inquietudes y/o problemas con mi medicamento Mi proveedor no es una buena opción.
 Tengo dificultades de comunicación con mi proveedor No estoy satisfecho con los servicios y/o atención que recibo de mi proveedor.
 La disponibilidad y/o frecuencia de las citas de mi proveedor no satisfacen mis necesidades.
 Capacidad lingüística de my proveedor Género de mi proveedor Otra Razon

Describa los motivos de la solicitud:

Indique sí o no:

Yo he hablado mis preocupaciones con mi proveedor actual: Sí No

Sí no, favor de explicar (opcional): _____

SI ESTO SE TRATA DE UNA QUEJA, POR FAVOR, COMPLETE EL FORMULARIO DE PETICIÓN DE RESOLUCIÓN A UNA QUEJA.

Espere 30 días para que se resuelva la solicitud

Sólo para Uso de la Oficina

Date Received:	Date Resolved:	Resolved by:
Resolution:		