San Mateo County Behavioral Health and Recovery Services

Solicitud de Cambio de Proveedor(a)

Usted tiene el derecho de solicitar un cambio de proveedor. Llene este formulario y entréguelo a cualquier miembro del personal; ésta persona se lo enviará al supervisor(a) del programa donde recibe servicios. El supervisor(a) del programa revisará su solicitud y le tendrá una repuesta en un lapso de 2 semanas.

Su nombre (cliente):_____

Si es menor de edad, nombre del padre/madre o tutor legal:_____

Me gustaría cambiar mí: Psiquiatra ☐ Administrador de casos ☐ Terapeuta ☐
Trabajador/a Social ☐ Enfermera/o☐ Clínica ☐ Programa☐

Nombre de proveedor(a)/clínica:_____

Su número de teléfono e información de contacto:_____

_____

OPCIONAL – La razón por la cual usted desea cambiar de proveedor:_____

_____

_____

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

PARA USO DE OFICINA SOLAMENT **Completed Form: HS_BHRS_QM@smcgov.org or Fax 650-525-1762**

Date Manager/Supervisor Received: _____ **Client's MH#:**_____

Decision: _____

_____

_____

Date client informed of decision *(within 2 weeks of request)*:_____

Manager/Supervisor Printed Name: _____**Clinic:**_____

Manager/Supervisor Signature: _____**Date:**_____

Usted también tiene derecho de presentar una queja. Para presentar una queja, **por favor no use este formulario** sino comuníquese con OCFA (Oficina de Asuntos del Consumidor y Familia) al 1-800-388-5189.