



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 respuesta 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 SOLAMENTE	Pony completed form to QM at MLH 327
<p>Date Manager/Supervisor Received: _____</p> <p>Decision: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Date client informed of decision (<i>within 2 weeks of request</i>): _____</p> <p>Manager/Supervisor Signature: _____ Date: _____</p>	

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.