



## **Servicios de Salud y Recuperación del Comportamiento (BHRS)** **Formulario de Solicitud de Cambio de Proveedor**

Como cliente / consumidor de BHRS, se le anima a discutir cualquier problema o preocupación relacionada con su tratamiento directamente con su proveedor (administrador de casos, terapeuta, trabajador social, enfermera o médico / psiquiatra) o con el Gerente del Programa o el Supervisor del edificio donde recibe servicios. Si permanece insatisfecho, tiene derecho a solicitar un cambio de proveedor y / o presentar una queja. El Programa de Gestión de la Calidad (QM) y / o el Defensor de los Derechos del Paciente están disponibles para ayudarlo a solicitar un cambio de proveedor de servicios o presentar una queja. Comuníquese con el Programa de (QM) al (415) 473-2887 o al Defensor de los Derechos del Paciente al (415) 473-2960.

### **Para solicitar un cambio de proveedor:**

1. Complete este formulario y envíelo a cualquier miembro del personal; él/ella lo remitirá al Administrador del Programa o al Supervisor.
2. El Gerente del Programa o el Supervisor revisarán su solicitud, harán todo lo posible para acomodarlo y responderle en un plazo de diez días hábiles.

Cliente/consumidor nombre \_\_\_\_\_

Si el cliente es menor de edad, nombre del padre o tutor \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Números de teléfono(s) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código Postal \_\_\_\_\_

Nombre del Proveedor actual \_\_\_\_\_

**Opcional** – Motivo de la solicitud de cambio de proveedor \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

He discutido estas preocupaciones con mi proveedor actual de servicios:  Si  No

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### **Para presentar una queja:**

NO utilice este formulario. En su lugar, comuníquese con el Programa de Gestión de la Calidad directamente o complete el Formulario de un Formulario de Queja disponible en el lobby de cada clínica o en el área de espera pública del programa.

-----

### **SÓLO PARA USO DE OFICINA**

Date received: \_\_\_\_\_  Provider changed  Change of provider denied.

Reason: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date client notified: \_\_\_\_\_ New Provider Name: \_\_\_\_\_

Medical Director Approval Signature: \_\_\_\_\_

Send a copy of the completed Change of Provider Request Form to:

County of Marin Department of Health & Human Services  
Marin Mental Health Plan/Quality Management Program  
20 N. San Pedro Rd., San Rafael, CA 94903