



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) 526-7525.

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