

Placer County Systems of Care

Solicitud de Cambio de Proveedor o Buscar Segunda Opinión

Solicitud de Cambio de Proveedor Segunda Opinión

Cliente Information: Si el cliente es menor de edad, ponga el nombre del guardián legal apelando en nombre del menor:

Nombre del cliente: Fecha de nacimiento: MH SUS CWS

Domicilio (Ciudad/Estado/C.P.): Numero de teléfono:

Le pido por un cambio de proveedor de tratamiento

Nombre del proveedor (como el psiquiatra, trabajadora social):

¿Ha tratado de hablar con su proveedor de tratamiento acerca de sus preguntas / problemas? Sí No, qué ocurrió)

Por favor seleccione la razón (es) para pedir este cambio:

- Yo no me siento que mis necesidades están escuchada.
- Un familiar o amigo está siendo tratado por el mismo proveedor de tratamiento.
- Estoy preocupado por los medicamentos recetados.
- Creo yo sería más cómodo con
 un hombre una mujer proveedor de tratamiento
- Me siento mas cómodo hablando Español Inglés
- Otra: _____
- No quiero dar una razón



Le pido por opinión segunda con el médico

La razón por la que pido una segunda opinión es la siguiente:

Firma/Fecha de Hoy

Firma: _____

Fecha de Hoy: _____

Yo soy el cliente.

Yo soy el padre o tutor del cliente.

Gire en la forma usando de uno de los métodos siguientes:

- a. En persona: caída en la clínica o oficina donde reciba el servicios.
- b. El correo: SOC Quality Management Designee, 101 Cirby Hills Drive, Roseville, CA 95678
- c. Fax a: SOC Quality Management Designee en (916) 872-6521

Se hará todo lo posible para atender su solicitud dentro de los recursos de que disponemos. Usted recibirá una respuesta en un plazo de 60 días a partir de la recepción de su solicitud.

Si tiene alguna pregunta, llame a la Quality Management Designee al (916) 787-8979 or (530) 886-5419.

Para el Uso del Condado Solamente/For County Use Only

Resolution: _____

Date Client Notified: _____

I have completed a transfer summary for the next service provider to review

County Worker Signature: _____ Date: _____