Por favor entregue copia en persona o envíe copia por correo electrónico a changeofprovider@tricitymhs.org

Condado de Los Angeles - Departamento de Salud Mental

Plan de Salud Mental Local

Solicitud de Cambio de Proveedor

CONFIDENCIAL

TRI-CITY Mental Health

Fecha ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Para una precisión óptima, por favor imprima claramente usando letras mayúsculas:

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z

Para solicitar un cambio en su proveedor actual, por favor envíe esta forma a la oficina del administrador del programa. Cada esfuerzo será hecho para tomar en cuenta su solicitud. Usted recibirá una decisión dentro de 10 días hábiles. Si usted es un beneficiario de Medi-Cal que ve a un proveedor privado en la communidad que no es parte de un condado operado o un programa contratado por el condado, llame al programa de Servicios al Beneficiario en la oficina de Derechos de los Pacientes al 800-700-9996 o 213-738-2524. El Plan de Salud Mental no puede garantizar que su proveedor será cambiado. Si no recibe una decisión sobre su solicitud dentro de 10 días hábiles o no esta de acuerdo con la decisión, puede presentar una queja formal.

Por favor, responda todas las preguntas rellenando todas las áreas en blanco lo más completamente posible y rellenando los círculos apropiados.

SECCIÓN A: INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO/CLIENTE

Nombre del Cliente (Nombre y Apellido) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Fecha de Nacimiento ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Dirección (Número y Calle) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Ciudad ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Estado C A

Código Postal ☐☐☐☐☐

Número de Teléfono (Código de Area Primero) ☐☐☐ - ☐☐☐ - ☐☐☐☐

SECCIÓN B: Información del Proveedor Actual

IMPORTANTE: Por favor sombree círculos como este => ●

1. Ubicación del servicio (Elija Uno):

○ 2008 N. Garey Ave

○ 1900 Royalty Dr

2. Estoy solicitando un cambio en: (sombra la selección/escriba el nombre abajo)

○ Doctor ○ PT ○ Terapeuta ○ Asesor del caso ○ Programa

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

3. Por favor llene completamente el círculo junto a la razón(es) para solicitar el cambio (esta información es OPCIONAL):

☐ A. Tiempo/Cambio de horario
☐ B. El idioma
☐ C. Edad(demasiado viejo/joven)
☐ D. Género (masculino/femenino)
☐ E. Tratamiento familiar
☐ F. Preocupaciones de tratamiento
☐ G. Preocupaciones de medicamento
☐ H. Falta de asistencia
☐ I. Quiero al proveedor anterior
☐ J. Quiero una segunda opinión
☐ K. Incómodo
☐ L. Insensible/ Poco compresible
☐ M. No profesional
☐ N. No me entiende
☐ O. No compatible
☐ P. Otro - Por favor describa las razones para solicitar el cambio (OPCIONAL)

_____

☐ R. No quiero dar una razón para mi solicitud ☐ S. Razones Culturales

4. Has hablando de tus preocupaciones con tu proveedor actual? ○ Si ○ No

Si es asi, por favor describa lo que ha hecho para tartar de resolver el problema _____

_____

SECCIÓN C: FIRMA

Yo entiendo que se pondrán en contacto sobre esta solicitud dentro de 10 días ábiles. Prefiero ser contactado por:

○ Enviar por Correo
○ Teléfono

X _____

Firma de la persona que hace la solicitud

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Por favor escriba su nombre en el espacio de arriba

Relación con el cliente: ○ Cliente ○ Padre ○ Tutor Legal ○ Consevador ○ Cuidador ○ Empleado

Rec'd by(Initial and Date)_____ ☐☐ / ☐☐ / ☐☐

Copy Given to Client: ○ Yes ○ No

MRN # ☐☐☐☐☐☐☐

Request #: _____