

CONDADO DE SANTA CRUZ

Salud Mental y Tratamiento del Uso de Sustancias



PARA NIÑOS Y ADULTOS

Cambiando su Personal de Tratamiento

Llamada Gratuita

1-800-952-2335

Se hablan varios idiomas

**A veces usted podría desear cambiar el personal de
tratamiento que le esta sirviendo a usted. Cuando esto suceda
usted puede solicitar que un personal nuevo le provea los**

servicios. Usted puede usar esta forma para pedir un cambio de personal de tratamiento.

-

Como Hay Completado el Formulario

Entrega Ud. el formulario a la recepcionista en la clínica donde Ud. recibe servicios. O, puede enviarlo al:

Condado de Santa Cruz
Departamento de Mejora de la Calidad
1400 Emeline Avenue
Santa Cruz CA 95060

Gracias por participar en su cuidado.

¿Qué Sucederá Después?

Se le contactará para tratar de encontrar soluciones para sus inquietudes.

La información que usted provea en esta formulario no será parte de su expediente médico. Esta información se mantendrá en el Departamento de Calidad y Mejoramiento y solo será compartida con el personal necesario de Salud Mental y el Tratamiento del Uso de Sustancias para poder resolver el problema. Toda la información será tratada como confidencial para cumplir con las polizas y procedimientos del Condado de Santa Cruz Salud Mental

y Tratamiento del uso de Sustancias.

El Plan de Salud Mental y el Plan de Drogas Medi-Cal Sistema de Entrega Organizada toma en serio sus preocupaciones. Haremos todo lo razonablemente posible para satisfacer su solicitud. No será sujeto a discriminación o penalizado por solicitar un cambio de personal de tratamiento.

Atentamente: Departamento de Mejoramiento y Calidad Salud Mental
y Tratamiento del Uso de Sustancias

Solicitud de Cambio de Personal de Tratamiento

Nombre del cliente:	Fecha de Nacimiento:	Fecha:
----------------------------	-----------------------------	---------------

Dirección:	Teléfono:
-------------------	------------------

Nombre del Padres / Guardián (si es menor de 18 años):

**Soy un menor elegible que ha dado mi consentimiento
a mi propio cuidado:**

Sí **No**

Doctor Actual:

Coordinador Actual (si se aplica):

Terapeuta Actual (si se aplica):

Indique uno:

Solicito un cambio en: Doctor Coordinador de Cuidado

Terapeuta Otro Proveedor

Nombre del personal que quiero cambiar: -

Razones de solicitud:

Indique sí o no:

Yo he hablado mis preocupaciones con mi proveedor actual: Sí

No

Sí no, favor de explicar (opcional):

SI ESTO SE TRATA DE UNA QUEJA, POR FAVOR, COMPLETE EL FORMULARIO DE PETICIÓN DE RESOLUCIÓN A UNA QUEJA.

Sólo para Uso de la Oficina

Date Received:	Date Resolved:	Resolved by:
Resolution:		