



**A veces usted  
podría desear  
cambiar el  
personal de  
tratamiento  
que le esta  
sirviendo a  
usted.**

**Quando esto suceda  
usted puede solicitar  
que un personal nuevo  
le provea los ser-  
vicios. Usted puede  
usar esta forma para  
pedir un cambio de  
personal de trata-  
miento.**

**Quality Improvement Department  
Santa Cruz County Behavioral  
Health Services PO Box 962  
Santa Cruz, CA 95061**



**SALUD MENTAL Y TRATAMIENTO  
DEL USO DE SUSTANCIAS**  
**AGENCIA DE SERVICIOS DE SALUD**

**Cambiando  
su 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.



**Llamada Gratuita**  
**1-800-952-2335**  
Se hablan varios idiomas

## **¿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 políticas 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 toman 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 de la persona que llena el formulario:**

**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: \_\_\_\_\_**

**Motivo de la Solicitud (marque uno):**

- Tengo inquietudes y/o problemas con mi medicamento
- Mi proveedor no es una buena opción
- Tengo dificultades de comunicación con mi proveedor
- No estoy satisfecho con los servicios y/o atención que recibo de mi proveedor
- La disponibilidad y/o frecuencia de las citas de mi proveedor no satisfacen mis necesidades
- Capacidad lingüística de mi proveedor
- Género de mi proveedor
- Otra Razón

Describa los motivos de la 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.

Espera 30 días para que se resuelva la solicitud

**Sólo para Uso de la Oficina**

Date Received:	Date Resolved:	Resolved by:
Resolution:		