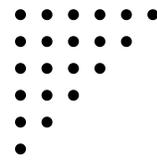


A veces usted podría desear cambiar el personal de tratamiento que le esta sirviendo a usted. Cuando esto suceda usted puede solicitar que un personal nuevo le provea los servicios. Usted puede usar esta forma para pedir un cambio de personal de tratamiento.



**¿Como hay que completar el formulario?**

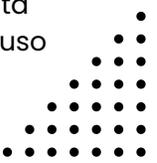
Entrega Ud. el formulario a la recepcionista en la clínica donde Ud. recibe servicios. O, puede enviarlo al:

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.



Quality Improvement Department  
Santa Cruz County Behavioral Health Services  
P.O. Box 962  
Santa Cruz, CA 95061

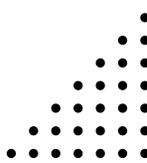


SALUD MENTAL Y TRATAMIENTO DEL USO DE SUSTANCIAS  
AGENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

**Cambiando su Personal de Tratamiento**



**Llamada gratuita**  
Atención en varios idiomas  
**1-800-952-2335**



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 Razon

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.

Espere 45 días para que se resuelva la solicitud

### Sólo para Uso de la Oficina

Date Received:	Date Resolved:	Resolved by:
Resolution:		