



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 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 políticas y procedimientos del Condado de Santa Cruz Salud Mental y Tratamiento del uso de Sustancias.

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



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

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: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Doctor Actual:		
Coordinador Actual (si se aplica):		
Terapista Actual (si se aplica):		
Indique uno: Solicito un cambio en: <input type="checkbox"/> Doctor <input type="checkbox"/> Coordinador de Cuidado <input type="checkbox"/> Terapista <input type="checkbox"/> Otro Proveedor		
Nombre del personal que quiero cambiar: _____		
Razones de solicitud:		
Indique sí o no: Yo he hablado mis preocupaciones con mi proveedor actual: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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:		