



San Mateo County Behavioral Health and Recovery Services

Change of Provider Request Form

Usted tiene derecho a solicitar un cambio de proveedor. Llene este formulario y entrégueselo a cualquier miembro del personal, que se lo remitirá al jefe de unidad o al supervisor. El jefe de unidad o el supervisor revisará su solicitud y le responderá en un plazo de dos semanas.

Su nombre (cliente): _____

Si es menor de edad, nombre del padre o tutor que solicita el cambio: _____

Me gustaría cambiar mi: Psiquiatra Administrador de caso Terapeuta
Trabajador social Enfermero Clínica Programa

Nombre del proveedor/clínica: _____

Su(s) número(s) de teléfono o información de contacto: _____

¿Se debe esta solicitud a la afiliación religiosa específica de un programa? Sí No

OPCIONAL. Motivo de la solicitud de cambio de proveedor de servicios: _____

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

Empleado que llena el formulario en nombre del cliente: _____ Fecha: _____

SOLO PARA USO DE LA OFICINA	Formulario completado: HS_BHRS_QM@smcgov.org o Fax 650-525-1762
Fecha de recepción por el administrador/supervisor: _____ N.º de MH del cliente: _____	
Decisión: _____	

Fecha en la que se informó la decisión al cliente (en un plazo de 2 semanas a partir de la solicitud): _____	
Para referencias de opciones caritativas para alcohol y otras drogas (Alcohol and Other Drugs, AOD)/trastorno por consumo de sustancias (Substance Use Disorder, SUD) – Fecha de notificación al Departamento de Servicios de Atención Médica (Department of Health Care Services, DHCS): _____	
Nombre del administrador/supervisor con letra de imprenta: _____ Clínica: _____	
Firma del administrador/supervisor: _____ Fecha: _____	

También tiene derecho a presentar un reclamo. Si desea presentar un reclamo, **no use este formulario;** comuníquese con la Oficina de Asuntos del Consumidor y la Familia al 1-800-388-5189.