

Condado de Los Angeles Departamento de Salud Mental
Plan Local de Salud Mental
SOLICITUD DE CAMBIO DE PROVEEDOR
CONFIDENCIAL

Para solicitar el cambio de su proveedor actual, complete las **Secciones 1 y 2** de este formulario y preséntelo en la oficina del Director del Programa. Se hará todo lo posible por cumplir su solicitud. Usted recibirá un aviso de la decisión dentro de los 10 días hábiles. Si usted es beneficiario de Medi-Cal y recibe atención a través de un proveedor privado de la comunidad que no es parte de un programa del Condado, directamente o por contrato, comuníquese con el Programa de Servicios para Beneficiarios de la Oficina de Derechos de Pacientes al teléfono 800-700-9996 o 213-738-2524. El Plan de Salud Mental no puede garantizar que se vaya a cambiar su proveedor. Si no recibe el aviso de la decisión sobre su solicitud después de 10 días hábiles o esta en desacuerdo con la decisión, puede presentar una queja formal.

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN SOBRE EL PROVEEDOR ACTUAL

Fecha: _____ Dirección del Servicio: _____
 Nombre del Proveedor: _____

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO / CLIENTE

Nombre del Cliente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ ¿Es beneficiario de **Medi-Cal**? Sí No

1. Solicito cambio de: Personal del Servicio Personal Médico Programa

2. Por favor seleccione una o más razones para su petición de cambio:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> A = Cambio de horario | <input type="checkbox"/> F = Preocupación de tratamiento | <input type="checkbox"/> K = Incómodo |
| <input type="checkbox"/> B = Idioma | <input type="checkbox"/> G = Preocupación de medicamentos | <input type="checkbox"/> L = Insensible / No simpático |
| <input type="checkbox"/> C = Edad (demasiado mayor / demasiado joven) | <input type="checkbox"/> H = Falta de asistencia | <input type="checkbox"/> M = No profesional |
| <input type="checkbox"/> D = Género (masculino / femenino) | <input type="checkbox"/> I = Quiero proveedor anterior | <input type="checkbox"/> N = No me entiende |
| <input type="checkbox"/> E = Tratandoun miembro de la familia | <input type="checkbox"/> J = Quiero segunda opinión | <input type="checkbox"/> O = No es buena conexión |
| <input type="checkbox"/> R = Razón no provisto | | |
| <input type="checkbox"/> P = Otro - Por favor describa la razón(es):
_____ | | |

3. ¿Ha hablado con su proveedor actual acerca de sus preocupaciones? Sí No

Si responde que Sí, por favor describa lo que ha hecho para tratar de resolver el problema:

Entiendo que seré contactado acerca de esta solicitud dentro de los 10 días hábiles. Prefiero ser contactado por:

Correo Teléfono Correo electrónico: _____

Si esta solicitud es a nombre de un menor o adulto dependiente, usted es el Padre Guardián

Firma de Persona que realiza la solicitud: _____ Fecha de Hoy: _____

SECTION 3: RECEIPT OF CHANGE OF PROVIDER REQUEST

Received By: _____ Date: _____ Copy given to Client: Yes No

**Los Angeles County Department of Mental Health
Local Mental Health Plan
REQUEST FOR CHANGE OF PROVIDER
CONFIDENTIAL**

SECTION 4: AUTHORIZED COUNTY USE ONLY

DSM-IV

Axis I _____

Axis II _____

Axis III _____

Axis IV _____

Axis V _____

Medications - Specify dosage and frequency:

Reviewed By: _____ Date: _____

Recommendation:

Referral To: _____

Notified: _____ Date: _____

Appointment: _____

Beneficiary / Client Contacted on: _____ By: _____

This confidential information is provided to you in accordance with State and Federal laws and regulations including but not limited to applicable Welfare and Institutions Code, Civil Code, and HIPAA Privacy Standards. Duplication of this information for further disclosure is prohibited without prior written authorization of the client/authorized representative to whom it pertains unless otherwise permitted by Law. Destruction of this information is required after the stated purpose of the original request is fulfilled.

Name: _____

IBHIS / IS #: _____

Facility / Practitioner: _____

Protected Health Information
Los Angeles County Department of Mental Health