

INYO COUNTY HEALTH AND HUMAN SERVICES
BEHAVIORAL HEALTH DIVISION

SOLICITUD DE CAMBIO DE PROVEEDOR
Title 9, Chapter 11. Sections 1830.225 (a) (b)

Nota: Solicitar un cambio de proveedor dentro de la agencia o a otra agencia no afectará negativamente sus servicios con Inyo County Behavioral Health Plan.

Segun *Title 9, chapter 11, section 1810.405(e)* tiene derecho a una segunda opinión gratuita de un profesional de la salud calificado dentro o fuera del condado.

Proporcione lo siguiente:

Fecha: _____ Locación de Servicio: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del tutor legal (Si el cliente es menor de edad): _____

Dirección: _____

Numero de teléfono (mejor horario para llamar): _____

Necesidades lingüísticas y culturales: _____

1. Estoy Solicitando un cambio de: ___Consejero/a/Administrador/a de casos ___Personal Médico ___Agencia

2. Describa las razones para solicitar un cambio.: _____

3. ¿Ha hablado de sus preocupaciones con su proveedor de servicios?

___Si Describa lo que ha hecho para intentar resolver el problema e incluya el resultado:

___No

Entiendo que se me comunicará con esta solicitud dentro de treinta (30) días de fecha.

Requested on Date:	Staff Name From:	Assigned Staff To:	Authorized Date:	initials