



## Servicios de Recuperación y Salud del Comportamiento del Condado de Kern Formulario de Solicitud para Cambio de Proveedor/ Segunda Opinión

Como cliente del Servicios de Recuperación y Salud del Comportamiento del Condado de Kern, usted tiene el derecho de solicitar un cambio de proveedor (doctor, administrador de caso, terapeuta, equipo, etc.) o una segunda opinión si en cualquier momento usted no está satisfecho con su proveedor de servicios actual o si le gustaría recibir una segunda opinión acerca cualquier cuestión de tratamiento/decisión que usted guste sin cargo. Solicitando un cambio de proveedor no lo pone a riesgo de que sus servicios sean negados o que se hagan cambios a los servicios que esté recibiendo.

Si usted quiere solicitar un cambio de proveedor o una segunda opinión, por favor complete este formulario lo mejor que pueda, usando sus propias palabras. Después de completar este formulario, por favor entrégueselo a la recepcionista de la clínica donde está recibiendo servicios. Si usted necesita asistencia con este formulario o si tiene preguntas, por favor comuníquese con el supervisor del lugar donde está recibiendo servicios, o llame a la Oficina de los Derechos del Paciente (Patient Right's en Inglés) al (844) 360-8250.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Solicitud: \_\_\_\_\_

Tipo de solicitando de cambio de proveedor:

Equipo

Nombre de equipo actual: \_\_\_\_\_

Administrador de caso

Nombre de Administrador de caso: \_\_\_\_\_

Terapeuta

Nombre de Terapeuta: \_\_\_\_\_

Prescriptor (Psiquiatra, Enfermero Practicante)

Nombre de Prescriptor: \_\_\_\_\_

Segunda Opinión (cumplir criterios para servicios)

¿Por qué solicita cambiar de proveedor? (Por favor explique en sus propias palabras. Puede continuar escribiendo en la parte posterior de la forma si es necesario)

---

---

---

