

Formulario de Solicitud de Cambio de Proveedor

Usted puede solicitar un cambio de clínico, administrador de casos o médico. Aunque los cambios no siempre son posibles, haremos todo lo posible por atender su solicitud de manera oportuna. Para enviar una solicitud, complete este formulario y entréguelo al recepcionista de la clínica, o envíelo por correo a:

Quality Management
El Dorado County Mental Health Plan
768 Pleasant Valley Rd., Suite 200
Diamond Springs, CA 95619

Fecha de Hoy: _____

De: _____

(Nombre del Miembro)

(Padre, madre o tutor legal, si corresponde)

Proveedor actual de salud mental: _____

Razón para solicitar el cambio (opcional):

Por favor comuníquese conmigo por teléfono: _____

Por favor comuníquese conmigo por correo:

.....

Disposición (para ser completado por el Gerente del Programa):

Nombre (en letra de molde) _____ Fecha: _____

Por favor envíe por correo electrónico una copia encriptada del formulario completo a
Quality Management.