



BEHAVIORAL HEALTH AND RECOVERY SERVICES CHANGE OF PROVIDER REQUEST (MH and SUD)

Complete este formulario y entrégueselo a un miembro del personal del BHRS y ellos le enviarán el formulario de Mejoras de Calidad para que seá procesado.

Fecha de hoy: _____

Nombre de Consumidor: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nombre del padre/guardián (si la solicitud es por/para niño/joven): _____

Nombre del proveedor del que desea cambiar:

SOLICITO UN CAMBIO DEL PROVEEDOR POR LA SIGUIENTE RAZÓN(S):

UNO (marque solo una casilla):

- He comentado mis problemas con este proveedor.
- No he comentado mis problemas con este proveedor.
- No deseo que mis problemas se comenten con este proveedor.

CHANGE OF PROVIDER REQUEST



BEHAVIORAL HEALTH AND RECOVERY SERVICES CHANGE OF PROVIDER REQUEST (MH and SUD)

Respondame por correo. Mi dirección es:

Yo, _____, doy mi permiso para que el personal de QI, hable con los miembros de mi familia o representantes legales de BHRS con respect a cualquier información que sera necesaria para CAMBIAR LA SOLICITUD DE PROVEEDOR.

Firma del Consumidor/Guardián/Representante Legal

Fecha

CHANGE OF PROVIDER REQUEST



BEHAVIORAL HEALTH AND RECOVERY SERVICES CHANGE OF PROVIDER REQUEST (MH and SUD)

ESTE LADO – COMPLETADO POR MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

Fecha recibido : _____ Expediente del **consumidor** #: _____

Lugar de expediente

<input type="checkbox"/> Merced <input type="checkbox"/> Adult <input type="checkbox"/> Youth <input type="checkbox"/> CUBE <input type="checkbox"/> Youth Placement <input type="checkbox"/> DDP <input type="checkbox"/> Older Adult <input type="checkbox"/> Marie Green <input type="checkbox"/> Institutional Placement	<input type="checkbox"/> Los Banos <input type="checkbox"/> Adult <input type="checkbox"/> Youth <input type="checkbox"/> AOD <input type="checkbox"/> Wellness Center	<input type="checkbox"/> Livingston <input type="checkbox"/> Adult <input type="checkbox"/> Youth <input type="checkbox"/> AOD
---	---	--

CONSUMIDOR DEMOGRAFIA	Sexo:
Edad:	Es usted hispano o Latino?
Raza:	Idioma que prefiere:

Fecha carta enviada: _____

Fecha de cambio de proveedor efectivo: _____

Disposición:

Firma/Titulo/Fecha

CHANGE OF PROVIDER REQUEST