



**SALUD DEL COMPORTAMIENTO  
PETICION PARA CAMBIO DE  
PROVEEDOR DE SERVICIOS**

Fecha \_\_\_\_\_

Su Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono # \_\_\_\_\_

Por favor imprinte

Su Nombre (si es diferente del cliente) \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_

Dirección del Cliente: \_\_\_\_\_

Dirección de domicilio

Ciudad, Estado, Area Postal

Yo solicito cambio de mi corriente proveedor de servicios \_\_\_\_\_

Por favor imprinte el nombre

Por las siguientes razones \_\_\_\_\_

(Opcional) Solicito cambio ha este proveedor: \_\_\_\_\_

Por favor imprinte el nombre

Marque una:  Yo he discutido mis preocupaciones con mi corriente proveedor  
 Yo no he discutido mis preocupaciones con mi corriente proveedor

Firma \_\_\_\_\_ Teléfono # \_\_\_\_\_

Lo animamos a que discúta sus problemas acerca de los servicios de salud del comportamiento directamente con su proveedor de servicios o con los supervisores de ellos.

Devuelva la solicitud completada a la recepcionista, o envíe por correo a:  
Humboldt County Behavioral Health  
Quality Improvement Coordinator  
720 Wood St.  
Eureka, CA 95501

Usted también puede comunicarse con las siguientes personas para resolver problemas:

Mejora de la Calidad  
707-268-2955, opción # 2  
Linea gratis 1-888-849-5728

Partidario de Derechos del Paciente  
707-268-2995

FOR INTERNAL USE ONLY

Date received by Quality Improvement: \_\_\_\_\_

**Due Date:** \_\_\_\_\_

Date forwarded: \_\_\_\_\_ To: \_\_\_\_\_

Decision:

Approved – New Provider: \_\_\_\_\_

Please print name

Denied: \_\_\_\_\_

Reason

---

Date client notified: \_\_\_\_\_

Date Provider(s) notified: \_\_\_\_\_

Signature of Manager or Designee: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_