

CONDADO DE SANTA CRUZ

Salud Mental y Tratamiento del Uso de Sustancias



PARA NIÑOS Y ADULTOS

Cambiando su Personal de Tratamiento

Llamada Gratuita

1-800-952-2335

Se hablan varios idiomas

A veces usted podría desear cambiar el personal de tratamiento que le esta sirviendo a usted. Cuando esto suceda usted puede solicitar que un personal nuevo le provea los

servicios. Usted puede usar esta forma para pedir un cambio de personal de tratamiento.

-

Como Hay Completado el Formulario

Entrega Ud. el formulario a la recepcionista en la clínica donde Ud. recibe servicios. O, puede enviarlo al:

Condado de Santa Cruz
Departamento de Mejora de la Calidad
1400 Emeline Avenue
Santa Cruz CA 95060

Gracias por participar en su cuidado.

¿Qué Sucederá Después?

Se le contactará para tratar de encontrar soluciones para sus inquietudes.

La información que usted provea en esta formulario no será parte de su expediente médico. Esta información se mantendrá en el Departamento de Calidad y Mejoramiento y solo será compartida con el personal necesario de Salud Mental y el Tratamiento del Uso de Sustancias para poder resolver el problema. Toda la información será tratada como confidencial para cumplir con las polizas y procedimientos del Condado de Santa Cruz Salud Mental y Tratamiento del uso de Sustancias.

Todos los beneficiarios elegibles de Medi-Cal que cumplan con los criterios de necesidad médica para los Servicios de Salud Mental Especializada y / o el Plan de Drogas Medi-Cal Sistema de Entrega Organizada (DMC-ODS) tienen el derecho de solicitar la continuidad del cuidado si Usted ya tiene un relación con un proveedor elegible.

Atentamente: Departamento de Mejoramiento y Calidad Salud Mental y Tratamiento del Uso de Sustancias

Transición / Continuidad de Cuidado Petición

Nombre del cliente:

**Fecha de
Nacimiento:**

Fecha:

Dirección:

Teléfono:

Nombre del Padres / Guardián (si es menor de 18 años):

Soy un menor elegible que ha dado mi consentimiento a mi propio cuidado: Sí No

Nombre de su Proveedor Actual:

Dirección y Teléfono de su Proveedor Actual:

Solicito mantener mi proveedor actual. Entiendo que debo ser beneficiario de Medi-Cal. Entiendo que, si se cumplen todos los criterios, es posible que se me permita mantener mi proveedor actual durante 3-12 meses. Entiendo que tendré que transferir mi cuidado a un proveedor con el red de proveedores del Condado de Santa Cruz Salud Mental y Tratamiento del Uso de Sustancias.

Razones de solicitud (¿Por qué necesita mantener a su proveedor actual?):

Firma: _____

Nombre Impreso:

Fecha: -

Al hacer esta solicitud, autorizo el Condado de Santa Cruz Salud Mental y Tratamiento del Uso de Sustancias para ponerse en contacto con mi proveedor actual obtener información para tomar una decisión informada sobre mi solicitud de Continuidad de Cuidado.

Le haremos saber que hemos recibido su solicitud en un plazo de 3 días hábiles.

Sólo para Uso de la Oficina

Date Received:	Date Resolved:	Resolved by:
Resolution:		
Prior Relationship Exists: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Provider Meets Standards: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Provider agrees to contract: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Medical Necessity Criteria Met: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Serious Risk Criteria Met: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Approved <input type="checkbox"/> Denied <input type="checkbox"/> Denial NOABD Sent: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		