

**SERVICIOS DE SALUD Y RECUPERACIÓN DEL COMPORTAMIENTO  
FORMULARIO DE SOLICITUD DE CAMBIO DE PROVEEDOR**

(Solamente para beneficiarios de Medi-Cal)

Fecha: \_\_\_\_\_

PARA: Coordinador/Director del Programa

CC: Servicios de Atención Médica Administrada

Yo solicito un cambio de mi proveedor actual mencionado enseguida:

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Título

Damos la bienvenida a sus comentarios/solicitudes y sus servicios no serán afectados negativamente. A la medida de lo posible, las solicitudes serán concedidas sin importar la razón por solicitar el cambio. Sin embargo, para poder servirles mejor y para propósitos de calidad, por favor marque todas las opciones que apliquen (agregar comentarios es opcional):

- Prefiero un proveedor diferente en el mismo programa \_\_\_\_\_
- Prefiero un proveedor diferente y un programa diferente \_\_\_\_\_
- Tengo preocupaciones acerca de los servicios del proveedor \_\_\_\_\_
- Conflicto con los horarios \_\_\_\_\_
- Localidad de los servicios \_\_\_\_\_
- Prefiero un proveedor de otro género, con otra herencia cultural o con otra dominio de idioma \_\_\_\_\_
- Otros motivos \_\_\_\_\_

Marque una opción:

\_\_\_\_\_ He decidido hablar sobre mis preocupaciones con mi proveedor actual

\_\_\_\_\_ He decidido NO hablar sobre mis preocupaciones con mi proveedor actual

Yo entiendo que la respuesta para esta solicitud puede ser obtenida en diez (10) días hábiles y que se me van a dar instrucciones y/o voy a ser contactado por mi nuevo proveedor con respecto a una cita.

Cordialmente,

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Nombre del Cliente (Letra de Molde)

\_\_\_\_\_  
Domicilio

\_\_\_\_\_  
Ciudad Postal

\_\_\_\_\_  
Código

\_\_\_\_\_  
Número de Teléfono