

DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE
MONTEREY
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL

Formulario de Cambio de Clínico



Cambio de Médico Clínico

PARA: GERENTE DE PROGRAMA O DIRECTOR MEDICO

NOMBRE DEL CLIENTE: _____
(Por favor de escribir claro)

FECHA DE NACIMIENTO: _____

NUMERO DE TELEFONO: _____

DOMICILIO: _____
(Calle)

(Ciudad) (Zona Postal)

Fecha: _____

Solicito un cambio en mi psiquiatra, psicólogo, trabajador social o administrador de casos por el siguiente motivo (s):

MI CLINICO ACTUAL ES _____

MARQUE UNA:

_____ He hablado de mis preocupaciones con mi clínico actual.

_____ No he hablado de mis preocupaciones con mi clínico actual.

Yo entiendo que una respuesta a esta solicitud se puede esperar en los siguientes 10 días hábiles.
Acción Tomada (Actions Taken): _____
