



COUNTY OF MONTEREY
HEALTH DEPARTMENT

Nationally Accredited for Providing Quality Health Services



Departamento De Salud De Condado Del Monterey

Departamento De Salud Mental

Formulario De Cambio De Clinico



**MONTEREY COUNTY
BEHAVIORAL HEALTH**

Avanzando Juntos Forward Together

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.

-----For Staff Use Only/ Solo Para Uso Del Personal -----

Actions Taken: _____

Change Request Upheld: Yes No

If Yes, New Clinician: _____

Date Request Reviewed: _____

Date Request Was Resolved: _____

Client MRN #: _____

Program: _____

Reviewer Name (print): _____

Signature: _____