



NAPA COUNTY  
Health & Human  
Services Agency

DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL

Health and Human Services Agency  
2751 Napa Valley Corporate Drive  
NAPA, CA 94558

**SOLICITUD PARA CAMBIARSE A OTRO PROVEEDOR DE SERVICIOS  
(CLIENTES DE MEDI-CAL)**

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

**Nombre y apellidos y datos de contacto del interesado (cliente de Medi-Cal):**

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Firma del interesado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Podemos contactar en su correo?  Si  No

- Presento esta *Solicitud para Cambiarse a Otro Proveedor de Servicios* cumplimentada por mí mismo/a.
- Pido que otra persona me ayude a llenar esta *Solicitud para Cambiarse a Otro Proveedor. **Llene el dorso.***
- Pido que me asignen a otro proveedor de servicios.

En la actualidad me proveedor es: \_\_\_\_\_

**La razón por la cual pido el cambio es:**

- Pido un proveedor especializado en mi:  Etnia  Idioma  Orientación sexual  Género  Edad
- Otras: \_\_\_\_\_
- He hablado con mi proveedor actual acerca de las inquietudes que tengo.
- NO HE HABLADO con mi proveedor actual acerca de las inquietudes que tengo.

**SOLICITUD APROBADA POR:** (Supervisor o Delegado: Nombre y Apellidos/Fecha) \_\_\_\_\_

Llame al \_\_\_\_\_ para concertar una consulta <O>

Su próxima consulta está prevista para: Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
with new provider: \_\_\_\_\_

**SOLICITUD RECHAZA POR:** (Supervisor o Delegado: Nombre y Apellidos/Fecha) \_\_\_\_\_

Razón / Razones: \_\_\_\_\_

A la fecha de \_\_\_\_\_ informé al interesado sobre su derecho de reclamación.

(Firma de la persona que le ha informado sobre los derechos de reclamación)

**Staff Routing Instructions**

**Person taking request:** Complete the top half and provide one copy of the entire form to MH Director and one copy to Supervisor of the service on the day of request.

**Supervisor Reviewing:** Complete bottom half and provide one copy of entire form to MH Director within 30 days of beneficiary request.

**Consentimiento Para Tratamiento De Datos Personales**

El completar este documento autoriza el uso y la divulgación de su información de salud confidencial, personal, y financiera en conformidad con las leyes estatales y federales relativas a la privacidad de dicha información. Coordinando cuidado, tratamiento y servicios, promoverá salud física y mental, cuidado, recuperación, y bienestar general que conduce a un nivel de atención más alto. **Revise y complete todas las secciones abajo para una autorización válida.**

**1. Información de Cliente:**

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

**USO Y DIVULGACION**

**2. Propósito de Autorización** (marque todo lo que corresponda):

- Evaluación
- Planificación del Tratamiento
- Coordinación de Atención o Servicios
- Legal
- Financiero
- A Petición del Individuo
- Otro (especifique):

**3. Descripción de la Información Que Se Divulgara o Intercambiara**— puede ser escrito o verbal (marque todo lo que corresponda):

- Registro Completo
- Diagnóstico
- Evaluación Psiquiátrica
- Evaluaciones
- Historia Social
- Notas de Progreso
- Pruebas Psicológicas o Vocacionales
- Resultados de Laboratorio
- Resumen de Alta o Plan de Cuidados Posteriores
- Procedimientos de Libertad Condicional o Correccionales
- Detalles de Beneficios o Elegibilidad
- Facturación o Registros Financieros
- Verificación de Servicios
- Otro (especifique)\_\_\_\_\_

Intervalo de fechas de los registros que se divulgaran (si corresponde) : \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Para limitar cualquier información marcada arriba, especifique aquí: \_\_\_\_\_

Napa County HHSA is an Equal Opportunity Provider

#### 4. Esta Informacion Requiere Proteccion Especial

Inicial para permitir el uso y la divulgación (si corresponde):

Registro de Salud Mental	<i>Inicial Aqui</i>	Registros de Trastornos por Uso de Sustancias	<i>Inicial Aqui</i>	VIH/SIDA Resultados de la Prueba	<i>Inicial Aqui</i>	Prueba Genetica	<i>Inicial Aqui</i>	Anemia Falciforme	<i>Inicial Aqui</i>
--------------------------	---------------------	---	---------------------	----------------------------------	---------------------	-----------------	---------------------	-------------------	---------------------



#### 5. Recipientes

(a) Ponga dos iniciales o más para facilitar el intercambio de información entre programas (si corresponde):

<i>Inicial Aqui</i>	Napa County HHSA –Servicios del Alcoholismo y Drogas	<i>Inicial Aqui</i>	Napa County HHSA – Salud Publica
<i>Inicial Aqui</i>	Napa County HHSA –Servicios de Bienestar Infantil	<i>Inicial Aqui</i>	Napa County HHSA - Servicios de Autosuficiencia
<i>Inicial Aqui</i>	Napa County HHSA – Servicios Integrales Para Adultos Mayores	<i>Inicial Aqui</i>	Otro (especifique): _____
<i>Inicial Aqui</i>	Napa County Division de Servicios de Vivienda y Personas sin Hogar	<i>Inicial Aqui</i>	Otro (especifique): _____
<i>Inicial Aqui</i>	Napa County HHSA – Salud Mental	<i>Inicial Aqui</i>	Otro (especifique): _____
<i>Inicial Aqui</i>	Napa County Libertad Condicional	<i>Inicial Aqui</i>	Otro (especifique): _____

**O**

(b) Persona u organización específica a la que se hará la divulgación (si corresponde):

Nombre:	<input type="checkbox"/> <b>Una dirección</b>  <input type="checkbox"/> <b>Bidireccional</b> 	Nombre:
Domicilio:		Domicilio:
Ciudad:		Ciudad:
Estado:      Código postal:		Estado:      Código postal:
Teléfono:      Fax:		Teléfono:      Fax:

Napa County HHSA is an Equal Opportunity Provider

## 6. Vencimiento

Ingrese la fecha de vencimiento de esta autorización: \_\_\_\_\_

### AVISO DE SUS DERECHOS

- Puedo negarme a firmar esta autorización. Mi negativa no afectará mi capacidad para obtener tratamiento, pago o elegibilidad para recibir beneficios. *Nombre del programa (opcional):* \_\_\_\_\_
- Puedo revocar o cancelar esta autorización en cualquier momento. Mi revocación entrará en vigencia una vez recibida, pero no tendrá ningún impacto en los usos o divulgaciones realizadas mientras la autorización era válida. Mi revocación puede ser verbal o por escrito, firmada por mi o mi representante personal.
- Tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización.
- Entiendo que la información divulga de conformidad con esta autorización podría ser divulgada nuevamente por el destinatario y, a menos que lo prohíban las leyes estatales o federales, es posible que ya no esté protegida.
- Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información médica a la que se aplica esta autorización.
- Puedo solicitar y recibir aclaraciones sobre cualquier inquietud o pregunta que pueda tener con respecto a esta autorización.

### FIRMA

## 7. Firmas Requeridas

Cliente o Representante Personal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Representante Personal<sup>1</sup> nombre impreso: \_\_\_\_\_

Si está marcado, esta autorización no debe exceder los 12 meses.

---

### Internal Use Only

Program Contact printed name: \_\_\_\_\_ Phone number: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Representante personal es la persona que tiene autoridad legal para tomar decisiones en nombre del cliente.

Napa County HHSA is an Equal Opportunity Provider