



**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): Esto puede incluir inquietudes relacionadas con la sensibilidad cultural, el sesgo racial, experiencias de discriminación u otros factores que puedan haber afectado su comodidad o atención. Por favor, comparta cualquier cosa que se sienta cómodo/a divulgando para que podamos brindarle un mejor apoyo.

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: \_\_\_\_\_