



## SALUD DEL COMPORTAMIENTO PETICIÓN PARA SEGUNDA OPINIÓN

Fecha \_\_\_\_\_

Su Nombre \_\_\_\_\_ # de teléfono \_\_\_\_\_

Por favor escriba con letra clara

Nombre de la persona llenando este formulario, si no es el cliente \_\_\_\_\_

Relación con el cliente \_\_\_\_\_

Dirección del Cliente \_\_\_\_\_

Dirección

Ciudad, Estado, Código Postal

Solicito que revisen lo siguiente (por favor marque uno y especifique)

Diagnóstico \_\_\_\_\_

Servicios \_\_\_\_\_

Lo que ha sido decidido por la Salud del Comportamiento del Condado de Humboldt.

Yo entiendo que el Sucursal de Salud del Comportamiento del Condado de Humboldt proveerá una segunda opinión, por un profesional titulado dentro de la red de Plan de Salud Mental (MHP por sus siglas en inglés), o los arreglos para obtener una segunda opinión fuera de la red de MHP si no hay atención de un profesional titulado en el MHP – está disponible sin ningún costo a mí.

Firma: \_\_\_\_\_ # de Teléfono \_\_\_\_\_

Devuelva la forma completa a la recepcionista, o envíe por correo al:

Quality Improvement Coordinator  
Humboldt County DHHS Behavioral Health  
720 Wood St.  
Eureka, CA 95501

Lo animamos a que discuta sus problemas acerca de los servicios de salud del comportamiento directamente con su proveedor de servicios o con los supervisores de ellos.

Usted también puede comunicarse con las siguientes personas para resolver sus problemas:

Coordinador de QI  
707-268-2955, opción #2  
Coordinador de QI  
Linea gratis 1-888-849-5728

Partidario de Derechos del Paciente  
707-268-2995

UNICAMENTE PARA EL USO DE LA DIVISI3N DE MEJORAMIENTO DE CALIDAD  
FOR QUALITY IMPROVEMENT DIVISION USE ONLY

Date received by Quality Improvement Division (fecha recibida por QI) \_\_\_\_\_

**Due date for Second Opinion assessment (fecha de vencimiento para segunda opini3n)** \_\_\_\_\_

Date forwarded (fecha enviada) \_\_\_\_\_ To (a): \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

MANAGER OR DESIGNEE, WHO RECEIVE THIS REQUEST FROM QI, PLEASE COMPLETE SECTION BELOW:

DIRECTOR O DESIGNADO, QUIEN RECIBA ESTA SOLICITUD DE QI, FAVOR DE LLENAR LA SECCI3N M3S ABAJO:

Decision/Decisi3n

Appointment scheduled for \_\_\_\_\_ with \_\_\_\_\_  
Cita programada para el \_\_\_\_\_ Date/Fecha \_\_\_\_\_ Escriba nombre y titulo \_\_\_\_\_

Agree with the initial decision (please indicate reason and attach a copy of second opinion provider's documentation)  
De acuerdo con la decisi3n inicial (por favor indique raz3n y ajunte copia de documentos del proveedor de la 2ª opini3n)

Revised decision from the original (please indicate reason and attach a copy of 2nd opinion provider's documentation)  
Decisi3n modificada de la original (por favor indique raz3n y ajunte copia de documentos del proveedor de la 2ª opini3n)

Signature of Manager or Designee \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
Firma de Director o persona designada \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Return completed and signed form to Quality Improvement Division within two business days.**

*Regrese el formulario completo y firmado al QI dentro de 2 d3as laborales.*

**Assigned clinical staff may need to authorize the change in services if necessary.**

*Pueda necesitar autorizar el personal cl3nico asignado el cambio de servicios si es necesario.*

\*\*\*\*\*

Date Quality Improvement Division was notified \_\_\_\_\_  
Fecha de notificaci3n al QI por el Director o Designado de la decisi3n \_\_\_\_\_

Date written notification was sent to client by Quality Improvement \_\_\_\_\_  
(Please attach copy of letter if one was sent)  
La notificaci3n por escrita fue enviada al cliente por QI (Por favor incluya una copia de la carta si una fue enviada)

Signature of the Quality Improvement Coordinator or Designee  
Firma del Coordinador o Designado del QI

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