



SOLICITUD DE BENEFICIARIOS DE SEGUNDA OPINIÓN

Como beneficiario de Medi-Cal que usted tiene el derecho a solicitar una segunda opinión de un profesional de salud mental autorizado cuando está en desacuerdo con una decisión o acción del Plan de Salud Mental.

Por favor, rellene el formulario lo mejor que pueda en sus propias palabras. Puede obtener ayuda para llenar el formulario de contacto con el Equipo de Acceso al (1-888-868-1649). Por favor devuelva el formulario completo al Plan de Salud Mental de acceso del equipo. A la recepción de esta forma una cita para una segunda opinión será programada dentro de dos semanas.

- 1) ¿Por qué originalmente venido al Plan de Salud Mental para pedir ayuda?

- 2) ¿Qué tipo de ayuda o servicios específicos crees que necesitas?

- 3) ¿Por qué está solicitando una segunda opinión?

- 4) ¿Cómo le gustaría tener el problema resuelto, o ¿qué te gustaría hacer de manera diferente?

- 5) ¿Ha recibido un Aviso de Acción carta con respecto a este asunto? SÍ NO

Firma _____ Fecha _____

Nombre impreso _____ Fecha de nacimiento _____

Por favor, envíe este formulario a: Santa Barbara County Departamento de Behavioral Wellness, 5385 Hollister Ave. Bldg. #14, Box 102 Santa Barbara, CA 93111