



## Formulario de Solicitud para Cambio de Proveedor – SPC Centro de Consejería

Para solicitar el cambio de su proveedor actual, por favor complete las secciones 1 y 2 de este formulario y entréguelo en persona a un representante del personal administrativo, o envíelo por correo electrónico al Director del Programa a [SPCDirector@didihirsch.org](mailto:SPCDirector@didihirsch.org). Haremos todo lo posible para poder acomodar su solicitud. Un representante de la agencia se comunicará con usted en relación a su solicitud dentro de 5 días laborables.

---

### Sección 1: Información de su Proveedor Actual

Fecha de Solicitud: \_\_\_\_\_ Ubicación de Servicio:  Olympic  Condado de Orange

Nombre de su Proveedor Actual: \_\_\_\_\_

---

### Sección 2: Información del Cliente

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Por favor seleccione la(s) razón/razones por la que solicita el cambio:

Programación de citas

Desacuerdos en el tratamiento

No me siento cómodo(a)

Idioma

Falta de ayuda en el tratamiento

Insensible/incompasivo(a)

Diferencia de edad

Género

Falta de profesionalismo

Provee servicios a otro miembro de la familia

Razones culturales

No hay un vínculo entre el cliente y proveedor

No me gustaría dar una razón

Otro (opcional): \_\_\_\_\_



¿Ha comunicado sus inquietudes con su proveedor actual?  Sí  No

Si su respuesta es sí, por favor indique lo que ha hecho para resolver el problema:

Al completar esta solicitud, entiendo que un representante de la agencia se comunicará conmigo dentro de 5 días laborables. Prefiero ser contactado(a) a través de:

Correo Postal  Teléfono  Correo Electrónico

Si esta solicitud fue completada para el cambio de proveedor de un menor de edad o adulto dependiente, por favor identifique su relación con el paciente:

Padre/Madre  Guardián  Conservador

Nombre de la Persona realizando la Solicitud:

---

**Sección 3: Recibo de Solicitud de Cambio de Proveedor** *\*Solo para uso interno\**

Recibido por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Se entregó una copia:  Sí  No

---

**Sección 4: SOLO PARA USO AUTORIZADO**

¿La solicitud fue otorgada?  Sí  No

Si la respuesta fue no, indique la razón del rechazo de la solicitud:

Si la respuesta fue sí, indique el nombre del nuevo proveedor asignado:

Notifiqué al cliente a través de:  Correo Postal  Teléfono  Correo Electrónico

Fecha en que el cliente fue contactado: \_\_\_\_\_ Contactado por: \_\_\_\_\_