COUNTY OF SAN LUIS OBISPO
BEHAVIORAL HEALTH DEPARTMENT

Star Graber, PhD, LMFT *Behavioral Health Director*

FORMULARIO DE SOLICITUD PARA CONSUMIDORES

☐ Quejas ☐ Segunda Opinión ☐ Cambio de proveedor/Clínico ☐ Quejas Formales ☐ Apelación Estándar ☐ Apelación Acelerada

Fecha:	Clínica / Lugar del programa:	☐ DAS	☐ MH
Nombre de Consumidor:	*Sexo*	☐ Masculino	☐ Femenino
Domoclilo:			
Telefono (de dia):		Teléfono (de noche):	
Correo Electronico:		Numero de Cliente (Si se conoce):	
Nombre de la persona completando esta forma, si es distinto al consumidor:			

Describir las circunstancias relacionadas con su solicitud (si necesita mas espacio, favor de sujetar a esta pagina):

Firma de la persona que rellenó este formulario: Fecha

SU SOLICITUD NO SE USARA EN SU CONTRA EN NINGUNA MANERA.

Usted puede enviar su formulario completo (su solicitud) por correo, por fax, en las cajas disponibles en nuestras clinicas (no se necesitan estampillas de correo/ ya hay sobres dirigidos en todas las clinicas) o puede llamar por teléfono para pedir su solicitud. Al recibir su solicitud, se le enviará una confirmación por escrito. Los servicios ya en lugar en el momento de la solicitud continuarán hasta su resolución.

Enviar el formulario de solicitud completo a:

Patients' Rights Advocate
Behavioral Health Services
2180 Johnson Avenue
San Luis Obispo, CA 93401
Ph.: 805-781-4738 Fax: 805-781-1232

Sólo para Uso Oficial debajo de esta línea

Resolution/Action Taken by MH:

CONSUMIDOR FORMULARIO DE SOLICITUD PROTOCOLOS & DEFINICIONES

Puede enviar su formulario completo (su solicitud) enviándolo por correo, por fax, utilizando las cajas disponibles en cada clínica (se ofrecen sobres postales ya con estampilla postal en todas las clínicas) o puede llamar por teléfono para hacer su petición. Al recibir su solicitud, se le enviará una confirmación por escrito. Los servicios en su lugar en el momento de la solicitud continuarán hasta su resolución.

Enviar el formulario de solicitud completo a:
Patients' Rights Advocate

Behavioral Health Services

2180 Johnson Avenue

San Luis Obispo, CA 93401

Tel (805) 781-4738 Fax (805) 781-1232

Quejas: Las quejas se remiten al supervisor apropiado y se manejan a ese nivel. Las quejas pueden ser presentadas por cualquier persona.

Quejas formales (solo beneficiarios de Medi-Cal):

Una queja formal es la expresión verbal o escrita de insatisfacción de un beneficiario de Medi-Cal sobre cualquier asunto que no esté cubierto por una apelación. Un miembro puede presentar una queja formal en cualquier momento.

Si no está satisfecho con los servicios o la atención que ha recibido, puede presentar una queja formal de manera verbal o por escrito. Dentro de los cinco (5) días calendario posterior a la recepción de la queja formal, el Defensor de los Derechos del Paciente le enviará una carta de acuse de recibo por escrito confirmando la recepción de su queja.

La queja formal se resolverá dentro de los treinta (30) días calendario a partir de la fecha en que se presentó la queja. Si la queja involucra un asunto clínico, la persona que tome la decisión será un profesional de la salud con la experiencia clínica adecuada para tratar su condición. Si la queja no es de naturaleza clínica, se designará al personal apropiado para emitir una decisión. En cualquier caso, el Condado de San Luis Obispo – Salud Conductual notificará por escrito al beneficiario y al proveedor sobre la decisión. Esta notificación concluye el proceso de quejas.

Segunda Opinión: Si ha recibido un Aviso de Determinación de Beneficios Adversos indicando que no cumple con la Necesidad Médica para el tratamiento, puede solicitar una segunda opinión. Se le notificará si va a tener otra evaluación cara a cara o si la segunda opinión se hará con los materiales ya reunidos. El asunto se concluirá en un plazo de 30 días de calendario - desde el día que usted presentó la solicitud.

Cambio de Proveedor / Clínico: Usted puede solicitar un cambio de médico, terapeuta, administrador de casos o clínica en cualquier momento. Intentaremos hacer cambios cuando los recursos estén disponibles y cuando sea apropiado. Su solicitud será tratada rápidamente y será resuelta dentro de 90 días de calendario - desde la fecha en que se solicita el cambio de proveedor.

Apelación Estándar: (Sólo Destinatarios de Medi-Cal) Las apelaciones son una solicitud de revisión de una Acción de MHP (cualquier denegación, limitación, reducción o suspensión de servicios, fallas de Salud Mental para proporcionar servicios de manera oportuna o actuar en Quejas o Apelaciones dentro de los plazos establecidos). La apelación debe presentarse dentro de los 90 días a partir de la recepción del Aviso de Determinación de Beneficio Adverso o 90 días a partir de la fecha en que se envió el Aviso de Acción. Las apelaciones normalmente se resuelven dentro de 30 días de calendario.

Apelación acelerada *: Seleccione esta opción si un marco de tiempo de apelación estándar le pondrá en riesgo. Las apelaciones aceleradas normalmente se resuelven en un plazo de 72 horas; Una extensión de 14 días se puede poner en su lugar.

Audiencia Imparcial y Audiencia Imparcial Acelerada: Una audiencia imparcial es una revisión independiente de las solicitudes de Servicios Especiales de Salud Mental (SMHS) realizadas por el Departamento de Servicios Sociales de California para asegurar que los beneficiarios reciban los servicios a los que tienen derecho bajo el programa Medi-Cal. Una solicitud de audiencia imparcial es el nivel final de revisión de una apelación. Si su apelación no se resolvió completamente a su favor, se le proporcionará información sobre cómo solicitar una audiencia imparcial.

La mejor manera de solicitar una audiencia es escribir a:

State Hearings Division

California Department of Social Services

P.O. Box 944243, Mail Station 19-3

Sacramento, CA 94244-2430

Otra forma de solicitar una audiencia es

Llamando al: 1-800-952-5253.

Si usted es sordo y utiliza TDD,

Llame al: 1-800-952-8349.

** Sólo los beneficiarios de Medi-Cal*

Revised February 2026