

**Solicitud para Cambiar de Consejero**

Usted puede solicitar un cambio de consejera. Aunque no siempre es posible, haremos todo lo posible para cumplir con su solicitud. Para solicitar el cambio, favor complete este formulario. Usted puede entregárselo a la recepcionista de nuestra clínica, o enviarlo por correo a:

Quality Improvement Coordinator (Coordinador de Control de Calidad)  
El Dorado County Mental Health Plan  
768 Pleasant Valley Road  
Diamond Springs, CA 95619

**Fecha de hoy:** \_\_\_\_\_

**De:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Cliente**

\_\_\_\_\_  
**(Padres o tutor, lo que corresponda)**

**Mi Consejero actual es:** \_\_\_\_\_

**Razón por la cual solicito el cambio (esta información no es mandatoria)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Respóndame por Teléfono:

\_\_\_\_\_  
(Numero de Teléfono)

\_\_\_\_\_  
(Dirección)

\_\_\_\_\_  
(Ciudad, Estado, Código Postal)

**Disposition:** (to be completed by Program Coordinator, Manager, or QI Unit) Para uso Oficial

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Name (please print) \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**[Send copy of this form to QI Unit when completed]**