



**CONDADO DE SAN BERNARDINO  
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL Y COMPORTAMIENTO  
PLAN DE SALUD**

**PETICIÓN DE UNA SEGUNDA OPINION**

Como un beneficiario del MediCal usted puede pedir al departamento de salud mental del condado que le permita tener una segunda opinión acerca de su condición de salud mental. Para que usted pueda hacer esto, puede llamar o hablar con un representante del departamento de salud mental al 1-888-743-1478 o puede escribir a la unidad de acceso al 303 E. Vanderbilt Way, San Bernardino, CA 92415.

El Departamento de salud mental va a facilitar que la segunda opinión sea hecha por un profesional de la salud mental con licencia y que trabaja para, o esta contratado para proveer estos servicios. También si el profesional que hace la segunda opinión determina que la persona no llena los requisitos de necesidad médica, y que la persona por lo tanto no tiene derecho a los servicios, el departamento de salud mental determinara si la segunda opinión requiere de una entrevista en persona.

Por favor llene esta forma lo mejor que pueda y con sus propias palabras. Usted puede obtener ayuda del consejero o el medico de la clínica para completar la forma, de la unidad de acceso al 1-888-743-1478, o de la oficina de los derechos de los pacientes al 1-800-440-2391. Por favor mándela por correo o por fax a la unidad de Acceso al 303 E. Vanderbilt Way, San Bernardino, CA 92415, FAX (909) 890-0353.

**Nota: El beneficiario no va ser discriminado por la petición para segunda opinión.**

¿Por cual razón usted vino al departamento de salud mental a buscar ayuda?

¿De que clínica o empleado del departamento de salud mental usted recibió servicios?

¿Porque usted esta pidiendo una segunda opinión?

¿Usted recibió una carta dejándole saber porque no se le dan servicios?      YES      NO

Nombre del cliente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Firma del cliente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

Teléfono # \_\_\_\_\_