County of Fresno
DEPARTMENT OF BEHAVIORAL HEALTH
SUSAN L. HOLT
DIRECTOR OF BEHAVIORAL HEALTH
PUBLIC GUARDIAN

El Plan de salud mental del condado de Fresno (FCMHP) está obligado por ley a proporcionar continuidad de la atención para los Servicios de Salud Mental Especializados (SMHS). Esto significa que puede seguir atendiéndose con su proveedor de salud mental que se encuentra fuera de la red o que ya no forma parte de la red por hasta 12 meses. Todos los beneficiarios elegibles de Medi-Cal que cumplan con los criterios de necesidad médica para los SMHS y se hayan atendido con su proveedor al menos una vez en los últimos 12 meses tienen derecho a solicitar la continuidad de la atención. Su proveedor también debe estar dispuesto a trabajar con el Plan de salud mental del condado de Fresno (FCMHP).

Usted, su representante autorizado o su proveedor puede presentar una solicitud ante el FCMHP. Puede presentar su solicitud en persona, por escrito o por teléfono. Si desea presentar una solicitud por escrito, complete este formulario. Cuando haya terminado, envíela por correo a:

Fresno County
Department of Behavioral Health
Managed Care Division
P.O. Box 45003
Fresno, California 93718-9886

Los formularios y sobres estampados y dirigidos están disponibles en todos los centros de servicios de salud mental.

Recibirá una carta tan pronto como recibamos su solicitud. Recibirá una carta de decisión dentro de los 30 días calendario. Puede solicitar que se tome una decisión en un plazo de quince (15) días si su afección requiere una atención más inmediata o tres (3) días calendario si existe riesgo de daño, definido como una amenaza inminente y grave para su salud.

Si necesita este folleto en un formato de comunicación alternativo como letra grande, braille o un formato electrónico, o si desea ayuda para leer el material, comuníquese con el Plan de salud mental del condado de Fresno llamando al 1-800-654-3937. Las personas con discapacidad auditiva deben marcar el 711 para comunicarse con el Servicio de retransmisión de California.

Si desea hablar con alguien sobre esto, puede llamar a la División de Atención Administrada del Plan de salud mental del condado de Fresno al 559-600-4645 (de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.), a la Línea de acceso de salud mental del condado de Fresno al 1-800-654 -3937 (disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana), al Servicio del Defensor del Pueblo al 1-888-452-8609 o al Defensor de los Derechos de los Pacientes al (559) 492-1652.

FORMULARIO DE CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN (Imprima):

Apellido:	Nombre:	Segundo nombre:	Fecha de solicitud:

Fecha de nacimiento:	Número de Medi-Cal o de Seguro Social:	Género:

Dirección:	N.° de unidad	Ciudad/Estado:	Código postal:

Número de teléfono:	Número de teléfono alternativo:
¿En qué fecha comenzó el tratamiento con su proveedor?	¿Cuánto tiempo lleva en tratamiento con su proveedor? ___ Días ___ Meses ___ Años
¿Cuándo fue su última cita con su proveedor?	Si tiene otra cita, ¿para cuándo está programada?

¿Desea que esta solicitud se acelere en un plazo de 15 días en lugar de los 30 días estándar debido a sus necesidades de atención apremiantes? Sí ☐ No ☐ Si la respuesta es afirmativa, explique:

¿Esta solicitud requiere atención inmediata (dentro de los 3 días) debido al riesgo de daño a usted mismo o a otros?

☐Sí. ☐No. Si la respuesta es afirmativa, explique:

<table>
<tr><td colspan="2">Nombre del proveedor:</td><td colspan="3">Persona de contacto:</td></tr>
<tr><td colspan="5">Agencia (si corresponde):</td></tr>
<tr><td colspan="3">Dirección:</td><td>Ciudad:</td><td>Código postal:</td></tr>
<tr><td colspan="5">Entiendo que, al firmar este formulario, el personal de atención administrada estará autorizado a comunicarse con el proveedor mencionado para debatir toda la información necesaria para revisar y procesar esta solicitud.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Firma:</td><td colspan="3">Nombre en letra imprenta:</td></tr>
<tr><td>Fecha:</td><td colspan="4">Relación con el beneficiario (si no es usted):</td></tr>
</table>