



Lake County Behavioral Health

FORMA DE PETICIÓN PARA EL CAMBIO DE PROVEEDOR

Nombre del Paciente _____

Nombre de el Proveedor en la Actualidad _____

Servicios Proveidos _____

Razon por la Peticion para el Cambio de Proveedor

Notificacion de la peticion para el Proveedor en la Actualidad

Yo prefiero no discutir esta peticion con mi Proveedor en la Actualidad

Firma del Cliente _____ Fecha _____

USO DE OFICINA SOLAMENTE

Request Approved and New Provider Assigned

Request Denied:

LCBH Team Member Signature _____ Date _____