

Salud Mental del Condado de Lake  
**SOLICITUDES PARA UNA SEGUNDA OPINIÓN**

**FECHA:** \_\_\_\_\_

**PARA:** Equipo de Tratamiento

**DE:** \_\_\_\_\_  
*(Nombre del Cliente)*

\_\_\_\_\_  
*(Padre o Tutor, si la solicitud es de o para un niño o joven)*

Solicito una SEGUNDA OPINIÓN por las siguientes razones: \_\_\_\_\_

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

Mi consejero actual es: \_\_\_\_\_

Entiendo que se considerara seriamente esta solicitud y que puedo esperar una respuesta. Prefiero lo siguiente:

**RESPUESTA A MI POR TELÉFONO:** \_\_\_\_\_  
*(Numero de Teléfono)*

**RESPUESTA PARA MI POR CORREO:** \_\_\_\_\_  
*(Direccion)*

\_\_\_\_\_  
*(Ciudad, Estado, Codigo Postal)*

***\*Información debajo de esta línea es solo para uso de oficina.\****

Request Approved and New Provider Assigned: \_\_\_\_\_

Request Denied for the following reason(s): \_\_\_\_\_

Notification Letter mailed on *(Date)*: \_\_\_\_\_

Treatment Team Member Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Lake County Behavioral Health  
**REQUEST FOR SECOND OPINION**

*Page 1 of 1*

**Client Name:**

**Client ID #:**