



Por favor, complete todos los campos

Envíe por fax al:
1-212-497-8998

De: _____ Fecha: _____

Información del Miembro

Nombre: _____ Apellido: _____

Número de identificación de Healthfirst: _____ Número de contacto preferido: _____

PCP actual en la tarjeta de identificación de miembro: _____

Número de identificación actual de PCP de Healthfirst: _____

Cambiar PCP a: _____

Motivo del cambio: _____

Número de identificación de proveedor de Healthfirst: _____ Este cambio entra en vigor a partir del*: _____

* Es posible poner una fecha pasada bajo las siguientes circunstancias (por favor elija una de las siguientes opciones):

- Miembro recién inscrito sin PCP asignado.
- Miembro visitó un nuevo PCP durante un fin de semana, un día de fiesta, o después del horario de atención de Healthfirst.
- Miembro recién inscrito y se le asignó el PCP equivocado.
- Otro - (por favor explique): _____

Firma de miembro o tutor legal: _____

Al firmar este formulario, autorizo a mi proveedor de cuidado médico a dar esta información a Healthfirst.

Fecha de la firma: _____

NOTA: Las tarjetas de identificación de Healthfirst se enviarán a la dirección del miembro que aparece en el expediente de Healthfirst.

AVISO DE CONFIDENCIALIDAD: El contenido del presente documento es sólo para el uso de la persona o entidad a quien va dirigida, y podría contener información privilegiada, confidencial y exenta de divulgación conforme a las leyes aplicables. Si el lector de este mensaje no es el destinatario previsto, el empleado o el agente responsable de entregar el mensaje al destinatario, se hace de su conocimiento que cualquier divulgación, distribución o copia de esta información está estrictamente prohibida. Si ha recibido este mensaje por error, por favor aviseáenos de inmediato por teléfono y envíenos el mensaje original a la dirección mencionada a continuación, sin hacer una copia, a través del servicio postal de Estados Unidos. Gracias por su cooperación y asistencia.

Si usted recibió esta transmisión por error, por favor comuníquese con la Oficina de Privacidad de Healthfirst al 212-801-6299.

Healthfirst • 100 Church Street, New York, NY 10007 • www.healthfirst.org

Solicitud de cambio de médico de cuidado primario (PCP)

Transmisión por fax