

Formulario de solicitud de cambio de proveedor de atención primaria (PCP)



Complete este formulario para solicitar la asignación a un nuevo proveedor de atención primaria.

Envíe los formularios completados por correo electrónico seguro: PCPChangeRequest@sfhph.org

Sección 1: Acerca del proveedor de atención primaria (PCP) - ingrese la información del nuevo PCP que se solicita

Nombre del PCP (primer nombre, apellido)

PCP NAME (FIRST, LAST)

N.º de NPI del PCP

PCP NPI#

Nombre de la clínica o consultorio

CLINIC OR PRACTICE NAME

Dirección de la clínica o consultorio

CLINIC OR PRACTICE STREET ADDRESS

Ciudad

CITY

Estado

STATE

Código postal

ZIP CODE

Teléfono con código de área

PHONE WITH AREA CODE

Fax con código de área

FAX WITH AREA CODE

Sección 2: Acerca del miembro/paciente

Nombre completo del miembro/paciente (nombre y apellido)

MEMBER/PATIENT NAME (FIRST, LAST)

N.º de ID de SFHP (de la tarjeta de ID de SFHP)

SFHP ID # (FROM SFHP ID CARD)

Fecha de nacimiento

DATE OF BIRTH

Teléfono con código de área

PHONE WITH AREA CODE

Dirección de correo electrónico

EMAIL ADDRESS

Domicilio o dirección postal

HOME OR STREET ADDRESS

Ciudad

CITY

Estado

STATE

Código postal

ZIP CODE

Nota: La nueva tarjeta de ID de SFHP con el PCP solicitado se enviará al miembro/paciente a la dirección proporcionada anteriormente.

Sección 3: Indique el motivo de esta solicitud de cambio de PCP

La ubicación de este PCP es más conveniente o accesible para el miembro/paciente

THIS PCP LOCATION IS MORE CONVENIENT OR ACCESSIBLE TO THE MEMBER/PATIENT

Este PCP se adapta mejor a las necesidades o preferencias personales del miembro/paciente

THIS PCP IS A BETTER FIT FOR THE PERSONAL NEEDS OR PREFERENCES OF THE MEMBER/PATIENT

Este PCP trata a otras personas en el hogar del miembro/paciente (p. ej., hijo/a, cónyuge o padre/madre)

THIS PCP TREATS OTHER INDIVIDUALS IN THE MEMBER/PATIENT HOUSEHOLD (E.G., CHILD, SPOUSE, OR PARENT)

Una razón diferente, por favor describa:

A DIFFERENT REASON - PLEASE DESCRIBE:

Sección 4: Seleccione “Sí” o “No” para todas las preguntas que se mencionan a continuación:

La solicitud de cambio de PCP no se puede procesar sin esta información

¿El miembro/paciente ha tenido una cita con otro PCP en el mes en curso?

HAS THE MEMBER/PATIENT HAD AN APPOINTMENT WITH ANOTHER PCP IN THE CURRENT MONTH?

Sí

YES

No

NO

¿El miembro/paciente ha consultado a un especialista u otro médico en el mes en curso?

HAS THE MEMBER/PATIENT SEEN A SPECIALIST OR OTHER DOCTOR IN THE CURRENT MONTH?

Sí

YES

No

NO

¿El miembro/paciente ha sido ingresado a la sala de emergencias en el mes en curso?

HAS THE MEMBER/PATIENT BEEN ADMITTED TO THE EMERGENCY ROOM IN THE CURRENT MONTH?

Sí

YES

No

NO

¿El miembro/paciente ha sido hospitalizado en el mes en curso?

HAS THE MEMBER/PATIENT BEEN HOSPITALIZED IN THE CURRENT MONTH?

Sí

YES

No

NO

¿El miembro/paciente ha recibido servicios de laboratorio en el mes en curso?

HAS THE MEMBER/PATIENT RECEIVED LAB SERVICES IN THE CURRENT MONTH?

Sí

YES

No

NO

¿El miembro/paciente necesita resurtidos de medicamentos o de farmacia?

DOES THE MEMBER/PATIENT NEED ANY PHARMACY OR MEDICATION REFILLS?

Sí

YES

No

NO

Sección 5: Indique quién solicita el cambio de PCP; la solicitud de cambio de PCP no se puede procesar sin esta información

Un representante del miembro/paciente

THE MEMBER/PATIENT (SELF) OR PARENT/LEGAL GUARDIAN IF MINOR

A Representative of the Member/Patient

A REPRESENTATIVE OF THE MEMBER/PATIENT

Nombre del representante

Representative Name

Relación con el miembro/paciente

Relationship to Member/Patient