

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@sfp.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) <small>PCP NAME (FIRST, LAST)</small>	N.º de NPI del PCP <small>PCP NPI#</small>	
Nombre de la clínica o consultorio <small>CLINIC OR PRACTICE NAME</small>		
Dirección de la clínica o consultorio <small>CLINIC OR PRACTICE STREET ADDRESS</small>		
Ciudad <small>CITY</small>	Estado <small>STATE</small>	Código postal <small>ZIP CODE</small>
Teléfono con código de área <small>PHONE WITH AREA CODE</small>	Fax con código de área <small>FAX WITH AREA CODE</small>	

Sección 2: Acerca del miembro/paciente

Nombre completo del miembro/paciente (nombre y apellido) <small>MEMBER/PATIENT NAME (FIRST, LAST)</small>	Fecha de nacimiento <small>DATE OF BIRTH</small>	
N.º de ID de SFHP (de la tarjeta de ID de SFHP) <small>SFHP ID # (FROM SFHP ID CARD)</small>	Dirección de correo electrónico <small>EMAIL ADDRESS</small>	
Teléfono con código de área <small>PHONE WITH AREA CODE</small>		
Domicilio o dirección postal <small>HOME OR STREET ADDRESS</small>		
Ciudad <small>CITY</small>	Estado <small>STATE</small>	Código postal <small>ZIP CODE</small>

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 <small>THIS PCP LOCATION IS MORE CONVENIENT OR ACCESSIBLE TO THE MEMBER/PATIENT</small>
Este PCP se adapta mejor a las necesidades o preferencias personales del miembro/paciente <small>THIS PCP IS A BETTER FIT FOR THE PERSONAL NEEDS OR PREFERENCES OF THE MEMBER/PATIENT</small>
Este PCP trata a otras personas en el hogar del miembro/paciente (p. ej., hijo/a, cónyuge o padre/madre) <small>THIS PCP TREATS OTHER INDIVIDUALS IN THE MEMBER/PATIENT HOUSEHOLD (E.G., CHILD, SPOUSE, OR PARENT)</small>
Una razón diferente, por favor describa: <small>A DIFFERENT REASON – PLEASE DESCRIBE:</small>

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? <small>HAS THE MEMBER/PATIENT HAD AN APPOINTMENT WITH ANOTHER PCP IN THE CURRENT MONTH?</small>	Sí <small>YES</small>	No <small>NO</small>
¿El miembro/paciente ha consultado a un especialista u otro médico en el mes en curso? <small>HAS THE MEMBER/PATIENT SEEN A SPECIALIST OR OTHER DOCTOR IN THE CURRENT MONTH?</small>	Sí <small>YES</small>	No <small>NO</small>
¿El miembro/paciente ha sido ingresado a la sala de emergencias en el mes en curso? <small>HAS THE MEMBER/PATIENT BEEN ADMITTED TO THE EMERGENCY ROOM IN THE CURRENT MONTH?</small>	Sí <small>YES</small>	No <small>NO</small>
¿El miembro/paciente ha sido hospitalizado en el mes en curso? <small>HAS THE MEMBER/PATIENT BEEN HOSPITALIZED IN THE CURRENT MONTH?</small>	Sí <small>YES</small>	No <small>NO</small>
¿El miembro/paciente ha recibido servicios de laboratorio en el mes en curso? <small>HAS THE MEMBER/PATIENT RECEIVED LAB SERVICES IN THE CURRENT MONTH?</small>	Sí <small>YES</small>	No <small>NO</small>
¿El miembro/paciente necesita resurtidos de medicamentos o de farmacia? <small>DOES THE MEMBER/PATIENT NEED ANY PHARMACY OR MEDICATION REFILLS?</small>	Sí <small>YES</small>	No <small>NO</small>

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