

Biểu mẫu Yêu cầu Thay đổi Bác sĩ Chăm sóc Chính (PCP)

Vui lòng điền biểu mẫu này để yêu cầu chỉ định một Bác sĩ Chăm sóc Chính mới.

Gửi biểu mẫu đã điền đầy đủ qua Email Bảo mật: PCPChangeRequest@sfhp.org



Phần 1: Giới thiệu về Bác sĩ Chăm sóc Chính (PCP) - nhập thông tin cho PCP mới được yêu cầu

Tên PCP (Tên, Họ) PCP NAME (FIRST, LAST)		Số PCP NPI PCP NPI#
Tên Phòng khám hoặc Cơ sở y tế CLINIC OR PRACTICE NAME		
Địa chỉ Phòng khám hoặc Cơ sở y tế CLINIC OR PRACTICE STREET ADDRESS		
Thành phố CITY	Tiểu bang STATE	Mã Zip ZIP CODE
Điện thoại và Mã Vùng PHONE WITH AREA CODE		Fax và Mã Vùng FAX WITH AREA CODE

Phần 2: Giới thiệu về Hội viên/Bệnh nhân

Tên Hội viên/Bệnh nhân (Tên, Họ) MEMBER/PATIENT NAME (FIRST, LAST)		
Mã số SFHP (từ Thẻ Hội viên SFHP) SFHP ID # (FROM SFHP ID CARD)	Ngày sinh DATE OF BIRTH	
Điện thoại và Mã Vùng PHONE WITH AREA CODE	Địa chỉ Email EMAIL ADDRESS	
Địa chỉ Nhà riêng hoặc Đường phố HOME OR STREET ADDRESS		
Thành phố CITY	Tiểu bang STATE	Mã Zip ZIP CODE

Lưu ý: Thẻ Hội viên SFHP mới kèm theo thông tin của PCP được yêu cầu sẽ được gửi đến Hội viên/Bệnh nhân theo địa chỉ được cung cấp ở trên.

Section 3: Please give a reason for this PCP change request

Địa chỉ của PCP này thuận tiện hoặc dễ tiếp cận đối với Hội viên/Bệnh nhân THIS PCP LOCATION IS MORE CONVENIENT OR ACCESSIBLE TO THE MEMBER/PATIENT
PCP này phù hợp với nhu cầu hoặc sở thích cá nhân của Hội viên/Bệnh nhân THIS PCP IS A BETTER FIT FOR THE PERSONAL NEEDS OR PREFERENCES OF THE MEMBER/PATIENT
PCP này điều trị cho các thành viên khác trong hộ gia đình của Hội viên/Bệnh nhân (ví dụ: con cái, vợ/chồng hoặc cha mẹ) THIS PCP TREATS OTHER INDIVIDUALS IN THE MEMBER/PATIENT HOUSEHOLD (E.G., CHILD, SPOUSE, OR PARENT)
Lý do khác – vui lòng mô tả: A DIFFERENT REASON – PLEASE DESCRIBE:

Phần 3: Vui lòng cho biết lý do về việc yêu cầu thay đổi PCP này -

Địa chỉ của PCP này thuận tiện hoặc dễ tiếp cận đối với Hội viên/Bệnh nhân		
Hội viên/Bệnh nhân có lịch hẹn khám với PCP khác trong tháng gần đây không? HAS THE MEMBER/PATIENT HAD AN APPOINTMENT WITH ANOTHER PCP IN THE CURRENT MONTH?	Có YES	Không NO
Hội viên/Bệnh nhân có thăm khám với Bác sĩ Chuyên khoa hoặc Bác sĩ khác trong tháng gần đây không? HAS THE MEMBER/PATIENT SEEN A SPECIALIST OR OTHER DOCTOR IN THE CURRENT MONTH?	Có YES	Không NO
Hội viên/Bệnh nhân có được đưa vào Phòng Cấp cứu trong tháng gần đây không? HAS THE MEMBER/PATIENT BEEN ADMITTED TO THE EMERGENCY ROOM IN THE CURRENT MONTH?	Có YES	Không NO
Hội viên/Bệnh nhân có nhập viện trong tháng gần đây không? HAS THE MEMBER/PATIENT BEEN HOSPITALIZED IN THE CURRENT MONTH?	Có YES	Không NO
Hội viên/Bệnh nhân có nhận Dịch vụ Xét nghiệm trong tháng gần đây không? HAS THE MEMBER/PATIENT RECEIVED LAB SERVICES IN THE CURRENT MONTH?	Có YES	Không NO
Hội viên/Bệnh nhân có cần Tiệm thuốc tây hoặc Mua thêm thuốc không? DOES THE MEMBER/PATIENT NEED ANY PHARMACY OR MEDICATION REFILLS?	Có YES	Không NO

Phần 5: Vui lòng cho biết ai đưa ra yêu cầu thay đổi PCP này -
không thể xử lý yêu cầu thay đổi PCP nếu không có thông tin này

Hội viên/Bệnh nhân (bản thân) hoặc Phụ huynh/Người giám hộ Hợp pháp nếu là trẻ vị thành niên THE MEMBER/PATIENT (SELF) OR PARENT/LEGAL GUARDIAN IF MINOR	
Đại diện của Hội viên/Bệnh nhân A REPRESENTATIVE OF THE MEMBER/PATIENT	
Tên Người đại diện Representative Name	Mối quan hệ với Hội viên/Bệnh nhân Relationship to Member/Patient