

## Formulario de elección de proveedor de atención primaria (PCP)

### Cómo elegir su proveedor de atención primaria (PCP)

1. Complete todas las áreas sombreadas de este formulario para todos los miembros de la familia enumerados.
2. Elija 2 PCP para cada miembro de la familia del Directorio de Proveedores. Elija 2 PCP que acepten nuevos pacientes.
3. Escriba los nombres de los PCP y sus números en las áreas sombreadas.
4. Firme este formulario. Desafortunadamente, no podemos procesar formularios sin firmar.

Si desea un PCP que no esté aceptando nuevos pacientes o si tiene alguna pregunta, llámenos al **(800) 863-4155**.

Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al servicio de transmisión de mensajes de California al **(800) 735-2929** o al **711**.



	<Nombre> <Apellido>	<Identificación del miembro>	<Fecha de nacimiento>
<b>Elección de PCP</b>			
	Nombre del PCP - 1.ª opción	N.º de PCP del Directorio de Proveedores	
	Nombre del PCP - 2.ª opción	N.º de PCP del Directorio de Proveedores	
	<Nombre> <Apellido>	<Identificación del miembro>	<Fecha de nacimiento>
<b>Elección de PCP</b>			
	Nombre del PCP - 1.ª opción	N.º de PCP del Directorio de Proveedores	
	Nombre del PCP - 2.ª opción	N.º de PCP del Directorio de Proveedores	
	<Nombre> <Apellido>	<Identificación del miembro>	<Fecha de nacimiento>
<b>Elección de PCP</b>			
	Nombre del PCP - 1.ª opción	N.º de PCP del Directorio de Proveedores	
	Nombre del PCP - 2.ª opción	N.º de PCP del Directorio de Proveedores	
	<Nombre> <Apellido>	<Identificación del miembro>	<Fecha de nacimiento>
<b>Elección de PCP</b>			
	Nombre del PCP - 1.ª opción	N.º de PCP del Directorio de Proveedores	
	Nombre del PCP - 2.ª opción	N.º de PCP del Directorio de Proveedores	
Proporcione la siguiente información para cualquier persona que aparezca en el formulario que esté embarazada.			
Nombre: _____		Fecha de parto: _____	
Dirección de correo electrónico: _____			

Si la dirección impresa en su sobre no es correcta, indíquenos cuál es su dirección de correo actual:

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Se requiere que PHC informe los cambios en su dirección y número de teléfono a la oficina de Medi-Cal de su condado. Esto excluye a los miembros que reciben beneficios de SSI.

Entiendo que si no elijo un PCP, PHC me asignará uno.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_