

Puede obtener esta carta en otro idioma, formato, letra grande o servicios de interpretación sin costo para usted. Llame al 541-229-4842 (TTY 711).

## Formulario de solicitud de cambio de médico de atención primaria

Para el médico: Con el consentimiento del paciente, complete todo el formulario, pídale al paciente o a su representante que lo firme, y envíelo a UHA. No procesaremos formularios incompletos o sin firmar. Los formularios incompletos serán devueltos (si es posible). Las solicitudes de asignación deben ser para PCP dentro de la red de UHA. Utilice este formulario únicamente para cambios de PCP externo (de una oficina a otra). Si desea realizar un cambio de PCP interno (a otro proveedor dentro de la misma oficina), comuníquese con Atención al Cliente de la UHA al 541-229-4842.

### Importante

- Cualquier aprobación previa puede perder su validez con el nuevo PCP.
- Si el miembro ingresa en el hospital antes de que el cambio entre en vigencia, seguirá con el PCP actual hasta que finalice la atención.
- Si una madre solicita una asignación de PCP para su hijo recién nacido, procesaremos la solicitud o el cambio después de que el bebé tenga una tarjeta de identificación de Oregon Health.

Los cambios entrarán en vigor en la fecha en que el miembro firme este formulario.

### Opción para que el miembro seleccione su PCP por teléfono

También puede cambiar de PCP llamando a Servicios para los miembros de Umpqua Health Alliance al 541-229-4842. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

### Opción para que el miembro seleccione su PCP en el consultorio

**Complete todas las secciones resaltadas en AZUL**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

N.º de identificación del miembro de UHA: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

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

*Miembro o representante autorizado*

**PCP actual (si tiene)**

Nombre del PCP: \_\_\_\_\_ Grupo/ubicación: \_\_\_\_\_

Motivo del cambio de PCP asignado. Marque todas las opciones que correspondan. **Seleccione** al menos una.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ya es paciente del PCP solicitado                             | <input type="checkbox"/> Calidad de la atención   |
| <input type="checkbox"/> Disponibilidad para obtener una cita,<br>acceso a la atención | <input type="checkbox"/> Lenguaje/Barreras<br>comunicacionales/Consideraciones culturales |
| <input type="checkbox"/> Accesibilidad ADA   | <input type="checkbox"/> Ubicación del proveedor  |
| <input type="checkbox"/> Preferencia de miembro  |   |

**Esta sección es exclusivamente para el consultorio del proveedor**  
**Para ser usado para cambios externos del PCP**

**PCP nuevo**

Nombre del PCP solicitante: \_\_\_\_\_

Identificador de proveedor nacional (NPI): \_\_\_\_\_ Identificación fiscal: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre del preparador: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Firma del preparador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Envío del formulario**

Envíe este formulario completo al final de cada día hábil a la UHA por fax al 541-677-6038 o por correo a Umpqua Health Alliance 500 SE Cass St, Suite 101, Roseburg OR 97470.