

*Si no se puede hacer el cambio que solicitó, Physicians Health Choice se comunicará con usted.*

**INFORMACIÓN DEL INTEGRANTE:** *Como aparece actualmente en los archivos de Physicians Health Choice.*

Nombre del integrante: (1<sup>er</sup> y 2<sup>do</sup> nombre de pila, apellido)

FECHA DE NACIMIENTO:

Identificación del integrante: \_\_\_\_\_ - 01

Domicilio físico:

Ciudad, estado

Código postal:

**TIPO DE CAMBIO:** *Por favor indique el tipo de cambio solicitado junto con los nuevos datos.*

**CAMBIO DE DOMICILIO:**

Nuevo domicilio físico

Ciudad:

Estado:

Código postal

Nueva dirección de correo

**CAMBIO DE NÚMERO TELEFÓNICO:**

Casa: ( ) -

Celular: ( ) -

Otro: ( ) -

Nº a contactar en emergencias: ( ) -

Nombre a contactar en emergencias:

**CAMBIO DE MÉDICO DE CABECERA (PCP, por sus siglas en inglés):** *Su cambio de PCP entrará en vigor el 1<sup>o</sup> del mes siguiente. Si no se puede hacer el cambio que solicitó, Physicians Health Choice se comunicará con usted.*

Nuevo nombre del PCP:

**Firma del integrante:** Al firmar más abajo, autorizo el cambio solicitado arriba.

**Información del Representante personal:** Un Representante personal es una persona que tiene la autoridad legal de tomar decisiones en nombre de un individuo. Physicians Health Choice debe tener archivada o se debe presentar con este formulario una copia de un Poder u otro documento legal.

(Nombre en letra de molde)

(Nombre del representante personal en letra de molde)

(Descripción de la autoridad del representante)

(Firma del integrante)

(Firma del representante personal)

(Número telefónico)

(Fecha)

(Fecha)

**¡USO EXCLUSIVAMENTE NUESTRO!**

Data Entry Date: \_\_\_\_\_ Proof Date: \_\_\_\_\_ Entered by (Initials): \_\_\_\_\_