

PROGRAMA DE ATENCIÓN ADMINISTRADA DEL MÉDICO DE CABECERA DE MEDICAID EN ARKANSAS
FORMULARIO PARA SELECCIONAR Y CAMBIAR EL MÉDICO DE CABECERA

Información del afiliado:

Nombre _____ Apellido _____ Inicial del segundo nombre _____

ID de Medicaid # _____ Seguro Social # _____

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) _____

Dirección postal _____ Ciudad _____ Estado ____ Código Postal _____

Teléfono residencial _____ Teléfono celular _____

Dirección de correo electrónico _____

Nuevo médico solicitado (Proveedor de cabecera):

He escogido los tres (3) médicos nombrados debajo en orden de preferencia, para que sean mis médicos de cabecera. Entiendo que uno (1) de ellos será mi médico de cabecera.

1. _____
Nombre y apellido del médico ID de proveedor de Medicaid # Fecha de asignación

2. _____
Nombre y apellido del médico ID de proveedor de Medicaid # Fecha de asignación

3. _____
Nombre y apellido del médico ID de proveedor de Medicaid # Fecha de asignación

Razón de la solicitud para asignar/cambiar médico (Proveedor de cabecera)

Escoja todo lo aplicable. Seleccione al menos uno.

- Nuevo afiliado — Hizo la 1^{ra} selección
- Paciente existente con PC solicitado
- PC solicitado ya atiende al familiar
- Preferencia del afiliado
- Afiliado se trasladó
- Las horas del PC no coordinan con la necesidad del afiliado
- Calidad de la atención
- Demasiado tiempo de espera en el consultorio
- Conseguir una cita es muy demorado
- Consultorio demasiado lejos/difícil llegar
- Barrera lingüística/de comunicación
- Otro (Por favor especifique) _____

Firmas:

Firma del afiliado (o custodio legal, si es menor) _____

Nombre en imprenta del afiliado (o custodio legal, si es menor) _____

Fecha (mm/dd/aaaa) _____