

# Formulario para cambios de información del afiliado

Para solicitudes de cambio de Información de contacto del afiliado(a) y cambio de PCP



## Parte 1: Información de la persona afiliada

Proporcione la información de la persona afiliada:

\* = campo obligatorio

--	--	--

(Apellido)\*

(Nombre)\*

(Inicial segundo nombre)

--	--

(Núm. de identif. de Medicaid del afiliado)\*

(Fecha de nacimiento del afiliado)

--	--	--

(Dirección física actual)

(Ciudad)

(Código postal)

--

(Número telefónico de contacto)\*

## Parte 2: Solicitud para cambiar de médico primario (PCP)

Por favor proporcione la información del médico primario: (sólo llene esto si la persona afiliada desea cambiar de PCP)

\* = campo obligatorio

--	--

(Nombre completo del PCP)\*

(Identif. de proveedor del PCP)\*

--	--	--

(Dirección del consultorio)\*

(Ciudad)

(Código postal)

--

(Teléfono del consultorio)\*

## Razón del cambio del médico primario (PCP) asignado:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ya soy paciente del médico primario solicitado                   | <input type="checkbox"/> La espera en el consultorio del PCP asignado es demasiado larga       |
| <input type="checkbox"/> El médico primario solicitado ya atiende a uno de mis familiares | <input type="checkbox"/> El tiempo de espera para una cita del PCP asignado es demasiado largo |
| <input type="checkbox"/> El PCP asignado está demasiado lejos                             | <input type="checkbox"/> El PCP asignado no acepta personas de mi edad                         |
| <input type="checkbox"/> Otra _____   |  |

--	--

(Firma de la persona afiliada o persona responsable)

(Fecha)

--

(Escriba con letra de molde el nombre del o la responsable si no es la persona afiliada)

¿Padre o madre de nacimiento?  Sí  No Si contesta "No", el nombre de la "persona responsable" debe ser exactamente el mismo que Peach State tiene en sus registros como "persona responsable". De lo contrario, el cambio no puede procesarse.

Instrucciones: Por favor envíe por fax los formularios para cambios de información del afiliado, junto con una copia de la tarjeta de identificación de afiliado, de estar disponible, al Departamento de Servicios para los Afiliados de Peach State al 1-800-659-7518. Si tiene preguntas sobre cómo llenar este formulario, por favor llame al Departamento de Servicios para los Afiliados al 1-800-704-1484.