

*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 1º 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): \_\_\_\_\_