



**Formulario de selección del Proveedor de Atención Primaria**  
**(PCP por sus siglas en inglés)**  
**REGIÓN NORTE:**  
**Condados Del Norte, Humboldt, Lassen, Modoc, Shasta, Siskiyou**  
**y Trinity**

Usted y cada miembro de su familia que tenga Medi-Cal debe llenar este formulario Utilice la lista PHC de Proveedores de Atención Primaria (PCP) para seleccionar su PCP.

Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento			# ID Medi-Cal o No. de Seguro Social
		Mes	Día	Año	
Nombre del médico o grupo médico		# de Proveedor de Médico o Grupo Médico			Número de teléfono del Proveedor

Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento			# ID Medi-Cal o No. de Seguro Social
		Mes	Día	Año	
Nombre de médico o Grupo Médico		# de Proveedor de Médico o Grupo Médico			Número de Teléfono de Proveedor

Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento			# ID Medi-Cal o No. de Seguro Social
		Mes	Día	Año	
Nombre de médico o Grupo Médico		# de Proveedor de Médico o Grupo Médico			Número de Teléfono de Proveedor

1. Proporcione la siguiente información para cada persona en esta forma que esta embarazada:

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Vencimiento el Embarazo: \_\_\_\_\_

- Entiendo que tengo la elección de Proveedores de Atención Primaria (PCP) que son contratados por Partnership HealthPlan of California (PHC).
- Entiendo que si no elijo un PCP, PHC me asignará uno.
- Entiendo que puedo cambiar mi PCP y que el cambio entrará en vigencia el primer mes después de haber solicitado el cambio.

Para asegurarse de que tenemos la información más actual, Por favor proporcione la siguiente información:

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Cómo le gustaría recibir su boletín de miembro de PHC?     Correo electrónico     Correo regular

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

Devolver a: Partnership HealthPlan of California, 3688 Avtech Parkway, Redding, CA 96002 o puede enviar por fax a (530) 223-2508.