dell children's
Health Plan

Formulario de solicitud de especialista como médico de atención primaria

Para solicitar un especialista como médico de atención primaria, complete la información a continuación, firme en el espacio provisto y regrese a:

Dell Children's Health Plan
PO Box 37502
Oak Park, MI 48237-0502

También puede enviar un correo electrónico a **dchpmemberservices@ascension.org**

Fecha: _____

Nombre del miembro: _____

Número de identificación del miembro: _____

Especialista/especialidad: _____

¿Cuál es la justificación médica para que un especialista sirva como PCP?

_____

_____

_____

Las firmas que figuran abajo indican el acuerdo entre el especialista, Dell Children's Health Plan y el miembro de que el especialista servirá como el médico de atención primaria; esto incluye dar al miembro acceso a atención las 24 horas, los siete días de la semana, y cumplir las responsabilidades del médico de atención primaria tal y como se detalla en el manual del proveedor.

Firma del especialista: _____ Fecha: _____

Firma del miembro: _____ Fecha: _____