



FORMULARIO DE ASIGNACIÓN DE PROVEEDOR DE CUIDADO PRIMARIO

Nombre del Miembro: _____

Número de Seguro Social del Miembro: _____

Número de Medi-Cal del Miembro: _____

Fecha de Nacimiento del Miembro: _____

Dirección del Miembro: _____

Número de Teléfono del Miembro: _____

Actual médico o clínica asignada: _____

Me gustaría escoger a _____ como mi proveedor de cuidado primario.

Entiendo que el cambio de mi proveedor de cuidado primario se hará efectivo a principios del siguiente mes.

Firma del Miembro

Fecha

PLEASE FAX THIS FORM TO THE MEMBER SERVICES DEPARTMENT AT (661) 664-5179
(For the change to take effect the first of the month, this form must be received by the 24th of the previous month)

For KFHC Use Only			
Received Date: _____	Change made to: _____	By: _____	Date: _____
New ID Card Generated ____ Yes ____ No			
Comments: _____			