



## FORMULARIO DE SELECCIÓN DE PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP, por sus siglas en inglés)

Favor de seleccionar un proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) del Directorio de Proveedores y escribir el nombre del PCP y no. de cuatro dígitos. Todos los miembros deben ingresar su nombre completo, número de identificación y fecha de nacimiento a continuación.

NOMBRE DEL MIEMBRO Y No. DE IDENT. DE GCHP			
Apellido	Nombre	No. de ident. de GCHP o No. de ident. de Medi-Cal	Fecha de Nac.

ELIJA UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP, por sus siglas en inglés)	
Nombre del PCP o Nombre de la Clínica	No. de ident. de cuatro dígitos de PCP / Clínica

Firma del Miembro:	Fecha:
Número de Teléfono / Celular:	
<p><b>SI NECESITA AYUDA O DESEA SELECCIONAR SU PCP POR TELÉFONO, LLAME AL DEPTO. DE SERVICIO PARA MIEMBROS DE GCHP ENTRE 8 a.m. Y 5 p.m., DE LUNES A VIERNES AL 1-888-301-1228. SI USA UN TTY, LLAME AL 1-888-310-7347.</b></p>	

### PARA SELECCIONAR A KAISER COMO SU PCP, DEBE APLICARSE A SU CASO LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

1. Usted debe residir dentro del área de servicio de Kaiser,
2. Debe haber sido un miembro de Kaiser durante los últimos seis meses, o
3. Un recién nacido de una madre que es miembro de Medi-Cal y esta asignada a Kaiser como su PCP, o
4. Ser calificado como familiar directo que vive en la misma casa de un miembro actual de Kaiser, vea las condiciones de calificación a continuación:
  - Cónyuge (incluyendo pareja doméstica)
  - Un hijo(a) dependiente soltero menor de 21 años de edad
  - Un dependiente con discapacidad mayor de 21 años de edad (padre o tutor debe ser el curador con poder legal ordenado por el Tribunal).
  - Padres, Padrastro o Madrastra casados o solteros de hijos menores de 21 años de edad
  - Hijo(a) de crianza o hijastro(a)
  - Tutor legal
  - Un abuelo, padre / madre, tutor o algún otro pariente que haya aplicado a nombre de un hijo(a) menor de 21 años es elegible para inscribirse en Kaiser como una adición familiar calificada en base a tener el mismo número de caso de Medi-Cal que el hijo(a).

**Además no puede tener una parte de costo compartido (SOC por sus siglas en inglés) u otra póliza de seguro médico. Prueba de la relación, como certificado de nacimiento o de matrimonio, poder de representación, etc., debe enviarse por correo a GCHP.**

**Si usted reúne las condiciones anteriores, favor de proporcionar la siguiente información requerida:**

Nombre Completo del Miembro de Kaiser:	Fecha de Nacimiento del Miembro de Kaiser:
Número de Expediente Médico del Miembro de Kaiser:	Su Relación con el Miembro de Kaiser:
Dirección del Miembro de Kaiser:	

Enviaremos su información a Kaiser para que la validen. Si cumple con los requisitos recibirá información de Kaiser. Si Kaiser no puede validar su información, usted será notificado y no será asignado a Kaiser. Usted necesitará seleccionar un PCP del directorio de proveedores de GCHP.

**Nota: Las solicitudes de asignaciones de PCP toman efecto el primer día del mes siguiente.**

**Envíe el formulario completo a:**

Gold Coast Health Plan  
P.O. Box 9153  
Oxnard, CA 93031

Usted recibirá una tarjeta de membresía de GCHP después de devolver este formulario.