

¿Ya cuenta con un proveedor de atención primaria?



Si no ha elegido a su doctor de cabecera o quiere cambiarlo, por favor llene este formulario. También puede usar este formulario para elegir o cambiar el doctor de cabecera de otros miembros de su familia. **¿Necesita ayuda para elegir a su doctor de cabecera?** Llame a nuestra línea de ayuda gratuita al 888-788-9821 (para usuarios TTY, por favor marque 711).

Section 1 Su información

Apellido/s		Primer nombre	Inicial del segundo nombre
Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Identificación de Medicaid	Nombre del proveedor de atención primaria	¿Es usted su paciente establecido? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Section 2 Información de otros miembros de EOCCO en su familia

Apellido/s		Primer nombre	Inicial del segundo nombre
Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Identificación de Medicaid	Nombre del proveedor de atención primaria	¿Es usted su paciente establecido? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Apellido/s		Primer nombre	Inicial del segundo nombre
Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Identificación de Medicaid	Nombre del proveedor de atención primaria	¿Es usted su paciente establecido? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Apellido/s		Primer nombre	Inicial del segundo nombre
Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Identificación de Medicaid	Nombre del proveedor de atención primaria	¿Es usted su paciente establecido? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Apellido/s		Primer nombre	Inicial del segundo nombre
Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Identificación de Medicaid	Nombre del proveedor de atención primaria	¿Es usted su paciente establecido? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Section 3 Firma

Firma	Fecha
Relación con el miembro	Número telefónico

Usted puede obtener esta documento en otro idioma, letra grande u otro formato que sea el mejor para usted. También puede tener un intérprete de idiomas. Llame al 888-788-9821 (TTY/TDD 711).

¿Está listo para mandar su formulario? Envíelo por **Fax** a EOCCO al: 503-243-3959, o envíelo **por correo postal** a EOCCO: P.O. Box 3550, Portland, OR 97208

eooco.com