

SOLICITUD DE TRANSFERENCIA DE PROVEEDOR MÉDICO

Fecha de la solicitud: _____ Recibido por: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Teléfono No.: _____

Proveedor actual: _____ Proveedor solicitado: _____

Ubicación de la clínica solicitada: (Rodear con un círculo) Colorado Parkhill Avondale

Formulario HIPAA o de Tutela: (Por favor, presentar) _____

Información del Solicitante: _____

- Marque si es el mismo paciente
- Relación (si es otra persona) _____

Motivo de la solicitud (por favor, marque)

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ubicación | <input type="checkbox"/> Género |
| <input type="checkbox"/> Nivel de experiencia | <input type="checkbox"/> Comunicación |
| <input type="checkbox"/> Acceso | <input type="checkbox"/> Continuidad |
| <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Medicamento |

Por favor, explique el motivo de la solicitud:

Nombre del paciente o solicitante (letra de imprenta): _____

Firma del paciente o solicitante: _____

Denegado: _____ Aprobado: _____

POR FAVOR, CONSIDERE 2 SEMANAS PARA PROCESAR LA SOLICITUD

Solicitud enviada al Dr. Reed _____

Comentarios: _____