

Se deben completar todos los campos

1269

Mi Médico - Formulario de Elección del Paciente	
Mi Hogar Médico es	
Nombre del paciente	
Firma del paciente	
Fecha de la firma	
Fecha de nacimiento	
Nombre del padre, madre o tutor. Si no corresponde, marque NC	
Firma del padre, madre o tutor. Si no corresponde, marque NC	
Teléfono del paciente	
¿El teléfono acepta mensajes de texto?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dirección de correo electrónico del paciente	
ID de UnitedHealthcare o Medicaid	
Nombre de mi médico	
NPI del proveedor	
TIN del proveedor	
ID del proveedor de UHC	
ID del consultorio de UHC	
Firma del proveedor/administrador del consultorio	

La importancia de un hogar médico

Tener un hogar médico con un proveedor de cuidado primario es un paso importante para ayudarle a ser saludable, seguir saludable y obtener el cuidado que necesite cuando se enferme. Al firmar este formulario, usted indica que quiere que nuestro consultorio sea su hogar médico.

Como su proveedor de cuidado primario y su hogar médico, podemos hacer lo siguiente:

- Conocerlo, cuidarlo y reunir sus registros médicos;
- Ayudarle a mantener su salud general brindándole cuidado preventivo, lo que puede detectar problemas de salud de manera temprana;
- Ayudarle a obtener cuidado de especialistas en el momento en que lo necesite;
- Tratarlo como una persona en su totalidad, es decir, no enfocándose en una enfermedad o lesión en particular;
- Ayudarlo a lograr los objetivos de salud que usted se ha fijado;
- Ayudarle a controlar condiciones de salud crónicas como la diabetes;
- Ayudarlo a explorar el sistema de cuidado de la salud, que puede resultar complicado y confuso.

A cambio, le pedimos que haga lo siguiente:

- Nos consulte al menos una vez al año para un examen de bienestar anual;
- Nos cuente cuando está enfermo o necesita cuidado médico;
- Mantenga las citas programadas o nos avise si necesita reprogramarlas;
- Nos informe cómo podemos mejorar.

Recibo mi cuidado de la salud primario del siguiente consultorio:

Nombre del consultorio	
Dirección	
Número de teléfono	

Firmar este formulario es voluntario. El consultorio y United Healthcare conservarán una copia de este consentimiento. Para preguntas sobre este formulario, comuníquese con UnitedHealthcare. Los siguientes números de teléfono de Servicios del Proveedor corresponden al plan específico:

UnitedHealthcare Individual and Family Plans
888-478-4760

UnitedHealthcare Medicare Advantage
877-842-3210

UnitedHealthcare D-SNP
800-701-9054

UnitedHealthcare Community Health Plans
877-668-5947

El consultorio de cuidado primario puede enviar el formulario a UnitedHealthcare por correo electrónico a Patient_Choice_Forms@uhc.com