

# Formulario para la elección del proveedor de atención primaria

<b>1</b> Apellido, nombre, inicial del segundo nombre ( <b>ESCRIBA EN LETRA IMPRENTA LEGIBLE</b> )		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento (Mes/día/año)	N.º de suscriptor de BCBSNM o N.º de identificación de Medicaid	
Dirección postal		Ciudad		Estado	Código postal
Dirección física (si es diferente)		Ciudad		Estado	Código postal
Teléfono particular	Teléfono laboral	Dirección de correo electrónico			Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado

**2** Lengua materna  
 Inglés  Español  Otro \_\_\_\_\_  
 ¿Le gustaría recibir correspondencia en español en el futuro?  
 Sí  No

<b>3</b> Proveedor de atención primaria (PCP) nombre (elija de la lista)	Número de teléfono de PCP	¿Paciente actual?	
Dirección postal de PCP		Sí	No

Firma del miembro \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Si prefiere llamarnos, hágalo en forma gratuita al 1.866.689.1523. Podemos registrar su elección por teléfono.