

[Provider / Practice Name,
Address Here]

MEMBER AUTHORIZATION TO CHANGE PRIMARY CARE PRACTITIONER (PCP)

CONFIDENTIAL FAX AND E-MAIL

Date: _____

To: **Molina Healthcare Member Services**

Email: MHNMEnrollment@molinahealthcare.com

Fax: **(505) 342-4665**

From: _____ Telephone: _____
Provider office contact name and title *Provider office phone number*

Molina Healthcare Member Identification Number: _____

I, _____, _____ am requesting
Print Patient's (member) full name *Date of birth*

that **Molina Healthcare** make the following change to my PCP information.

☐ New PCP choice: _____

PCP address: _____

PCP telephone number: _____

☐ Member's email address: _____

Member, Parent, or Legal Guardian Signature

Date Signed

Protected Health Information (PHI) is personal and sensitive information related to a person's health care. PHI is being delivered to you after appropriate authorization from the patient/member or under circumstances that don't require patient authorization. You, the recipient, are obligated to maintain PHI in a safe, secure, and confidential manner. Re-disclosure of PHI without additional patient/member consent or as permitted by law, is prohibited. Unauthorized re-disclosure of PHI or failure to maintain PHI confidentially could subject you to penalties described in federal and state law.

IMPORTANT WARNING: This message is intended for the use of the person or entity to which it is addressed and may contain information that is privileged and confidential, the disclosure of which is governed by applicable law. If the reader of this message is not the intended recipient, or the employee or agent responsible to deliver it to the intended recipient, you are hereby notified that any dissemination, distribution or copying of this information is **STRICTLY PROHIBITED**. If you have received this message in error, please notify us immediately and destroy the related message.

Autorización de miembro de cambiar médico de atención primaria (PCP)

FAX y CORREO ELECTRÓNICO CONFIDENCIAL

Fecha: _____

Para: El Centro de Atención a los Clientes del MOLINA

Email: MHNMEnrollment@molinahealthcare.com

Número de fax: (505) 342-4665

De: _____ Número de teléfono: _____
Nombre y título del punto de contacto del consultorio del médico *Número de teléfono del consultorio del médico*

Número de identificación del miembro del plan de Molina _____

Yo, _____, _____ estoy solicitando
Nombre del paciente del plan en letra de molde *Fecha de nacimiento*

que el **Molina** efectúe el cambio que se indica a continuación con respecto a la información de mi Profesional Médico de Cabecera (PMC). Además, sé que debo avisar al Departamento de Recursos Humanos de mi trabajo y al encargado de mi caso en la División de Apoyo a los Ingresos [*Income Support Division, ISD*] si cambio de domicilio o número de teléfono.

☐ El PMC nuevo que se ha seleccionado:

Dirección del consultorio del PMC:

Número de teléfono del PMC:

☐ Dirección de correo electrónico del miembro del plan: _____

Firma del miembro del plan, del padre o de la mamá o del tutor legal

Fecha de la firma

Comentarios: _____

La **Información Protegida sobre la Salud [IPS]** es información personal y sensible correspondiente a la salud de la persona. Se le ha entregado la IPS después de recibir la autorización apropiada del paciente o el miembro del plan o bajo circunstancias que no requieren la autorización del paciente. Usted, el recipiente, tiene la obligación de guardar la IPS de manera protegida, segura y confidencial. Se prohíbe divulgar de nuevo la IPS sin que el paciente o el miembro del plan concedan su consentimiento de nuevo, o conforme a lo que se permita bajo la ley. Si usted divulgase de nuevo la IPS sin autorización o si no guardase confidencialmente la IPS, usted pudiera estar sujeto a las sanciones que se describen en las leyes federales y estatales.

ADVERTENCIA IMPORTANTE:

El fin de este mensaje es para que lo utilice la persona o la entidad a la cual se dirige y puede contener información de confianza y confidencial, cuya divulgación se protege bajo las leyes correspondientes. Si la persona que esté leyendo este mensaje no es la persona a quién se dirige ni el empleado o el agente encargado de entregárselo al recipiente a quién se dirige, se le avisa por la presente que **SE PROHÍBE Estrictamente** toda divulgación, distribución o copia de esta información. Si usted ha recibido este mensaje a causa de un error, sírvase avisarnos inmediatamente y destruya el mensaje correspondiente.