



Formulario de cambio de proveedor de Health First Colorado

Este formulario debe acompañar al nuevo Formulario de solicitud de autorización previa (PAR) cuando un miembro tiene un PAR actual y activo con otro proveedor.

Información de miembro

Nombre de Miembro:	Health First Colorado ID#:
Fecha de nacimiento:	PAR # actual (si se conoce):

Información previa del proveedor

Nombre:	Ultimo dia de servicios:
---------	--------------------------

Información del nuevo proveedor

Nombre:	Proveedor ID#:
Fecha de inicio del servicio del miembro:	Firma del proveedor:

Este aviso es para informarle que yo, _____
 (Nombre del miembro)

han cambiado los proveedores efectivo : _____
 (Fecha)

Estoy cambiando de proveedor: _____
 (Nombre del proveedor)

al proveedor: _____
 (Nombre del nuevo proveedor)

Los siguientes servicios / equipos se verán afectados por este cambio::

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

 Firma del miembro (el tutor del miembro no puede firmar)

 (Fecha)

Dirección del miembro: _____
 (Dirección Línea 1)

 (Dirección Línea 2)

 (Ciudad, Estado, Código postal)