



# Formulario de Selección Prenatal de MDwise

(únicamente para miembros de MDwise Hoosier Healthwise)

N.º de Hospital Miembro: \_\_\_\_\_

Si **NO se trata de un miembro de MDwise**, solicítele al paciente que se comunique con Hoosier Healthwise al **1-800-889-9949** para efectuar la selección Prenatal. **NO PUEDE** utilizar este formulario.

Su Institución/Oficina: \_\_\_\_\_

Teléfono de la oficina: \_\_\_\_\_

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(apellido) (primer nombre)

Fecha de nacimiento del miembro: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Teléfono del miembro: \_\_\_\_\_

Número RID (debe estar activo): \_\_\_\_\_

Médico de Cabecera (PMP) actual del miembro: \_\_\_\_\_

## Información sobre el Médico de Cabecera solicitado (para el bebé):

Nombre: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(apellido) (primer nombre)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
N.º del prestador N.º de grupo Código de localidad

Fecha de parto: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### Autorización del miembro/tutor legal:

**X**

\_\_\_\_\_  
Firma del miembro/tutor Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en IMPRENTA del miembro/tutor Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del empleado (LETRA CLARA DE IMPRENTA) Fecha

**\*\*SI EL PANEL PMP SOLICITADO ESTÁ COMPLETO, DICHO PMP DEBERÁ COMPLETAR LO SIGUIENTE Y FIRMAR A CONTINUACIÓN\*\***

Acuerdo aceptar a este bebé como paciente luego de su nacimiento.

\_\_\_\_\_  
Nombre del PMP (IMPRESA) Firma del PMP Fecha

**ENVÍE EL FORMULARIO DE SELECCIÓN PRENATAL POR FAX AL  
(317) 829-5530 ó 1-877-822-7190**