

Formulario de Selección Prenatal de MDwise

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**