



4379 Ridgewood Center Dr., Suite 102, Woodbridge, VA 22192  
9705 Liberia Ave., Suite 201, Manassas, VA 20110  
17739 Main St., Suite 130, Dumfries, VA 22026  
Phone 703.680.7950 Fax 703.680.7953 [www.GPWHealthCenter.org](http://www.GPWHealthCenter.org)

## SOLICITUD DEL PACIENTE PARA CAMBIAR DE PROVEEDOR

Solicito que el (Centro) de Salud de GPW cambie a mi Proveedor. Este formulario se puede enviar a través de los siguientes medios: a un anfitriona de la recepción, al Coordinador del departamento, por fax (703-680-7953), por correo electrónico ([info@gpwhealthcenter.org](mailto:info@gpwhealthcenter.org)), por correo a cualquier instalación del Centro o por teléfono, con un programador de horario.

---

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**# de Cuenta:** \_\_\_\_\_ **Practica:** \_\_\_\_\_

**Proveedor Actual:** \_\_\_\_\_

**Razon por el Cambio:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Preferencia de Proveedor Nuevo (Si se Sabe):** \_\_\_\_\_

El Centro responderá a la solicitud dentro de 30 días después de recibir esta solicitud. Si el Centro cambia el Proveedor como lo solicitó, se notificará al paciente por correo con su nuevo Proveedor que figura en la carta de decisión. Si el Centro decide no cambiar a su Proveedor, se le notificará por correo con el motivo descrito en la carta de decisión.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente/Personal Representante**

\_\_\_\_\_  
**Relación (e.i., Mismo, Guardian, Padre de un menor)**

**Fecha Firmado:** \_\_\_\_\_

**Formulario completado electrónicamente por coordinador de horario a través del teléfono.**

**Nombre del Coordinador de Horario:** \_\_\_\_\_

---

**PARA USO INERNO:**

**Solicitud Aprobada Por:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_