

Member and Social Services
2135 Marshall Edwards Drive
Bartow, Florida 33830



PHONE: 863-533-1111
FAX: 863-534-7519
www.polk-county.net

HEALTH AND HUMAN SERVICES DIVISION

SOLICITUD DE CAMBIO DE MEDICO PRIMARIO

Nombre: _____

Direccion: _____

Caso #: _____

Telefono #: _____

Estoy solicitando cambiar mi Médico Primario (PCP)

Actual: _____

Nuevo: _____ Localizado en: _____

Mi razón para solicitar este cambio es: _____

Entiendo que si se aprueba el cambio, el Plan me enviara una nueva tarjeta de Plan de Salud Polk que tendrá mi nuevo PCP de 10 a 15 días después de haber recibido mi solicitud y que el cambio de médico sólo tendrá efecto el primer día del mes siguiente. También entiendo que mi solicitud debe ser recibida por la oficina, antes o el día 25 del mes para que el cambio entre en efecto el siguiente mes.

Firma del Miembro: _____

Fecha: _____