



Solicitud de autorización y consentimiento a un profesional de atención primaria (PCP) diferente  
en Northwest Pediatrics

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

Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

PCP actual:  Switzer  Anderson  Johnston

PCP solicitado:  Switzer  Anderson  Johnston

Razón: \_\_\_\_\_

Yo, solicito un cambio de profesional para atención primaria (PCP) de los pacientes mencionados anteriormente. Entiendo que dicha solicitud será revisada por la gerencia en dirección y está sujeta a la aprobación según la disponibilidad del profesional y las políticas de dirección. Afirmó que toda la información proporcionada en este formulario es precisa a lo que manifiesto saber y entender.

Nombre del padre o tutor legal: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Uso exclusivo de oficina:

Aprobado  No aprobado  Se necesita más información

Firma del PCP actual: \_\_\_\_\_

Firma del PCP solicitada: \_\_\_\_\_

Firma del director de práctica: \_\_\_\_\_