



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: _____