

Cambio de Formulario de Inscripción de Healthy Options

Por favor, complete un formulario si su familia entera sólo va a una clínica para atención médica. Si los miembros de la familia reciben atención médica en diferentes clínicas, por favor complete un formulario separado para cada clínica.

PASO 1: Dinos dónde recibir atención médica

- Mi Clínica es:**
- Central Washington Family Medicine
 - Yakima Pediatrics
 - Naches Medical Clinic
 - CHCW Ellensburg Clinic

Nombre del médico/doctor: _____

PASO 2: Elija un Plan de Salud

- Molina Healthcare**
- Coordinated Care**

PASO 3: Lista de todos los miembros de la familia qu están en el Plan de Healthy Options

Número de Identificación de ProviderOne	Nombre	Fecha de nacimiento	La relación

PASO 4: Firmar este Formulario: _____

Proporcionar el número de teléfono (s): _____
Hogar Celular

¿Cuál es el código postal que Medicaid tienen en sus archivos para used? _____

PASO 5: Volver formulario por fax, correo electrónico, correo ordinario o entregarlo en cual quiera de nuestras clínicas:

Fax: 509-452-5224
 Correo electrónico: healthy.options@commhealthcw.org
 Dirección de correo: CHCW Admin., 1806 W. Lincoln Ave., Yakima, WA 98902