

# healthfirst **Formulario de Nominación de Médicos (NY)**

Healthfirst sigue expandiendo nuestra red de médicos para satisfacer las necesidades de los miembros. Para nominar a un médico, por favor llene este formulario y envíelo a la dirección indicada al final. Healthfirst le notificará si su médico forma parte de la red de Healthfirst.

## Nominado Por

|                    |  |                                   |  |   |       |
|--------------------|--|-----------------------------------|--|---|-------|
| Su Nombre          | _____  |                                   |  |   |       |
| Dirección          | _____  |                                   |  |   |       |
| Ciudad             | _____  | Estado                            | _____                                      | Código Postal                               | _____ |
| Número de Teléfono | _____  |                                   |  |   |       |
| Tipo de Plan:      | <input type="checkbox"/> Medicare                | <input type="checkbox"/> Medicaid | <input type="checkbox"/> Child Health Plus | <input type="checkbox"/> Family Health Plus |       |
|                    | <input type="checkbox"/> Commercial / Healthy NY |                                   |  |   |       |

## Información del Proveedor

|                           |  |                                       |       |               |       |
|---------------------------|--|---------------------------------------|-------|---------------|-------|
| Nombre del Médico         | _____  |                                       |       |               |       |
| Dirección del Consultorio | _____  |                                       |       |               |       |
| Ciudad                    | _____  | Estado                                | _____ | Código Postal | _____ |
| Teléfono                  | _____  | dirección de correo electrónico _____ |       |               |       |
| Tipo de Médico:           | <input type="checkbox"/> Médico de Atención Primaria (PCP) | <input type="checkbox"/> Especialista |       |               |       |
| Hospital de Afiliación:   | _____  |                                       |       |               |       |
|                           | _____  |                                       |       |               |       |

## For Healthfirst Use Only

|  |                                   |  |   |
|--|-----------------------------------|--|---|
| Existing Healthfirst Physician:                  | <input type="checkbox"/> Yes      | <input type="checkbox"/> No                |   |
| If yes, which product?                           |                                   |  |   |
| <input type="checkbox"/> Medicare                | <input type="checkbox"/> Medicaid | <input type="checkbox"/> Child Health Plus | <input type="checkbox"/> Family Health Plus |
| <input type="checkbox"/> Commercial / Healthy NY |                                   |  |   |
| Admitting privileges at which hospital?          |                                   |  |   |

**Mail form to:** Healthfirst Network Management NY  
**Re:** Physician Nomination  
**P.O. BOX 5168**  
**New York NY 10274-5168**