

En Healthfirst, siempre buscamos expandir nuestra red con médicos de calidad. Para eso, no hay nada mejor que escuchar a miembros como usted. Si sabe de un proveedor que no está en la red de Healthfirst y usted quiere que se tome en cuenta, hable con el proveedor. Si al proveedor le interesa, complete el Formulario de Nominación de Proveedor y envíelo a la dirección que aparece en el formulario. Si no sabe si el proveedor está actualmente en la red de Healthfirst, pregúntele al proveedor, consulte el Directorio de Proveedores o visite [HFDocFinder.org](https://www.healthfirst.org/HFDocFinder.org). **Tenga en cuenta que esta nominación no garantiza que su proveedor se agregue a nuestra red.** Los proveedores tienen que cumplir con los requisitos de nuestra red y firmar un acuerdo.

**Por favor, revise las instrucciones siguientes antes de completar el Formulario de Nominación de Proveedor.**

### Su información

- Escriba el número de identificación de miembro que está en su tarjeta de identificación de miembro de Healthfirst
- Escriba su nombre completo (nombre y apellido) como aparece en la tarjeta de identificación
- Escriba su dirección de correo postal
- Escriba su número de teléfono por si necesitamos comunicarnos con usted para verificar cualquier información que usted nos proporcione
- Marque la casilla correspondiente a su plan

### Información del proveedor

- Escriba el nombre del proveedor
- Escriba la dirección del proveedor
- Escriba el número de teléfono del consultorio del proveedor (comenzando con el código de área) y la dirección de correo electrónico (si está disponible)
- Marque la casilla de la especialidad del proveedor: Proveedor de cuidado primario o Especialista
- Escriba el hospital al que está afiliado el proveedor (si lo sabe)

Si tiene preguntas o necesita ayuda adicional, llame al número de Servicios a los Miembros que se encuentra al dorso de su tarjeta de miembro. Podemos ayudarle en español, inglés, chino y otros idiomas. Si requiere ayuda en persona para completar este formulario, puede visitar la oficina local de Healthfirst más cercana. Los horarios y direcciones están disponibles en línea en [Healthfirst.org/healthfirst-community-office](https://www.healthfirst.org/healthfirst-community-office).

<b>Nominado por</b>	Su nombre _____ ID del miembro _____
	Dirección _____
	Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
	Teléfono _____ Correo electrónico* _____
	Tipo de plan: <input type="checkbox"/> Plan Cuidado Absoluto FIDA <input type="checkbox"/> Medicare
	<input type="checkbox"/> Child Health Plus (CHP) <input type="checkbox"/> Plan Bienestar Personal
	<input type="checkbox"/> Plan Atención Integral (HMO SNP) <input type="checkbox"/> Planes Pro y Pro Plus
<input type="checkbox"/> Plan Esencial <input type="checkbox"/> Senior Health Partners	
<input type="checkbox"/> Plan Hoja o Plan Hoja Premier <input type="checkbox"/> Plan Total	
<input type="checkbox"/> Medicaid	
<input type="checkbox"/> Otro _____	

<b>Información del proveedor</b>	Nombre del proveedor _____
	Dirección del consultorio _____
	Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
	Teléfono _____ Correo electrónico* _____
	Tipo de Proveedor: <input type="checkbox"/> Proveedor de cuidado primario (PCP) <input type="checkbox"/> Especialista

¿Le fue fácil completar este formulario?  Sí  No

Si su respuesta es no, explique por qué. \_\_\_\_\_

### Para uso exclusivo de Healthfirst

<b>Existing Healthfirst Physician?</b>	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No			
If yes, which plan(s):	<input type="checkbox"/> CHP	<input type="checkbox"/> FIDA	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> SHP	<input type="checkbox"/> PWP
	<input type="checkbox"/> EP	<input type="checkbox"/> HFHP	<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> QHP	<input type="checkbox"/> HFIC
<b>Admitting privileges at which hospital?</b> _____					

**Envíe el formulario por correo a:** Healthfirst Provider Relations & Contracting  
Re: Physician Nomination  
P.O. BOX 5168  
New York, NY 10274-5168

\*Por favor proporcionarlo si está disponible.

Healthfirst es la marca comercial que se usa para los productos y servicios provistos por una o más compañías afiliadas al grupo Healthfirst.