FORMA PARA ACTUALIZAR SU INFORMACION DE CONTACTO DE MEDI-CAL

Por favor llene los números del 1 al 4, y firme en el número 5 en la parte de abajo:

1. Información de Contacto Actualizada	2. Información Anterior
Nombre (escriba en letra de molde)	Nombre (escriba en letra de molde)
Dirección (número, calle, número de apartamento)	Dirección (número, calle, número de apartamento)
Ciudad (letra de molde) Estado Código Postal	Ciudad (letra de molde) Estado Código Postal
Dirección para Correspondencia (si es diferente al de arriba)	Dirección para Correspondencia (si es diferente al de arriba)
Ciudad (letra de molde) Estado Código Postal	Ciudad (letra de molde) Estado Código Postal
Número de Teléfono ( )	Número de Teléfono ( )
3. Información de su Plan de Salud	**4. Información Personal**
Nombre de su Plan de Salud (letra de molde)	Su Fecha de Nacimiento
Número de su Plan de Salud	Su Número de Tarjeta de Identificación de Beneficios

POR FAVOR LEA LO SIGUIENTE ANTES DE FIRMAR ABAJO:

Usted nos puede ayudar a mantener su información de contacto de Medi-Cal actualizada si usted completa, firma, y entrega esta forma. Esto le permite a su plan de Cuidado Médico Administrado compartir con la oficina de su condado de Medi-Cal cualquier cambio de **nombre, dirección,** y/o **número de teléfono** que usted haga. Esta forma lo ayudará a asegurar que usted reciba la información más actualizada acerca de sus beneficios de Medi-Cal.

La oficina de Medi-Cal del condado tal vez no podrá actualizar la información de su caso de Medi-Cal con su cambio de **nombre, dirección** y **número de teléfono** si usted no completa y firma esta forma. **No olvide** que las reglas de Medi-Cal requieren que usted reporte el cambio de dirección a la oficina de Medi-Cal dentro de diez días.

5. POR FAVOR ESCRIBA SU NOMBRE, FIRME Y PONGA LA FECHA EN LA SECCIÓN DE AUTORIZACIÓN DE ABAJO:

Yo, *(escriba su nombre en letra de molde)* _____, doy permiso para que la oficina de Medi-Cal del condado actualice mi expediente de Medi-Cal, y los expedientes de los miembros de mi familia con cualquier cambio de información que yo reporte a mi plan de Cuidado Médico Administrado con respecto a mi **nombre, dirección,** y/o **número de teléfono**. Yo entiendo que necesitaré completar una nueva forma cada vez que tenga un cambio de **nombre, dirección,** y/o **número de teléfono**.

_____ Firma

_____ Fecha

INFORMACIÓN DEL CONDADO *(PARA QUE LO LLENE EL PERSONAL DEL CONDADO)*

Número de Caso	Nombre del Trabajador	Número del Trabajador	Número de Teléfono del Trabajador
			( )