

# COMMUNITY HEALTH NETWORK OF CONNECTICUT

## PCP VISIT / AUTHORIZATION FORM

Head of Household: \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_  
 Cabeza de Familia: Last Name/Apellido, First Name /Primer Nombre Teléfono

Address: \_\_\_\_\_ Dirección  
 STREET APT#/CALLE/# DE APARTAMENTO CITY/CIUDAD ZIP CODE/CÓDIGO POSTAL

<b>Member's New Name:</b> _____ ) _____ <b>Nuevo Nombre del Miembro:</b> _____	<b>New Telephone #: (</b> _____ <b>Nuevo Número de Teléfono:</b> _____
<b>Member's New Address:</b> _____ Nueva Dirección del Miembro STREET APT#/CALLE # DE APARTAMENTO CITY/CIUDAD ZIP CODE/CODIGO POSTAL	

CHNCT MEMBER NAME Nombre del Miembro	MEMBER DATE OF BIRTH Fecha de Nacimiento	CHNCT ID NUMBER Número de Identificación	Indicate whether member is: Husky A, Husky B, Charter Oak or SAGA Indique si el miembro es: Husky A, Husky B, Charter Oak o SAGA	HAS THIS MEMBER BEEN SEEN? ¿Este miembro fue visto?	IF YES, DATE OF SERVICE. Si es sí, fecha de servicio.	NEW PRIMARY SITE / LOCATION Nuevo Lugar Primario	NEW PCP NAME Nombre del Nuevo PCP

DATE: FECHA	MEMBER'S SIGNATURE: FIRMA DEL MIEMBRO	SENDER'S NAME/FAX#: NOMBRE DEL ENVIADOR/FAX#
----------------	--	---

CHNCT staff initials \_\_\_\_\_ Date Request Logged \_\_\_\_\_ Effective Date \_\_\_\_\_

**FAX (203) 265-3197**  
**PLEASE NOTE: IF FORM SENT INCOMPLETE NO CHANGES WILL BE MADE**  
**FORM MUST BE RECEIVED WITHIN 7 DAYS OF D.O.S.**  
**Further questions / issues please contact MEMBER SERVICES:**  
**HUSKY/CHARTER OAK 1-800-859-9889 / SAGA 1-866-361-7242**

# COMMUNITY HEALTH NETWORK OF CONNECTICUT

## PCP VISIT / AUTHORIZATION FORM

(For CHNCT personnel use only/Para uso del personal de CHNCT solamente)

**FAX (203) 265-3197**

**PLEASE NOTE: IF FORM SENT INCOMPLETE NO CHANGES WILL BE MADE  
FORM MUST BE RECEIVED WITHIN 7 DAYS OF D.O.S.**

**Further questions / issues please contact MEMBER SERVICES:**

**HUSKY/CHARTER OAK 1-800-859-9889 / SAGA 1-866-361-7242**