

# Formulario de confirmación de profesionales de atención de la salud

## 1. Confirmar

Al firmar a continuación, confirmo que VillageHealth, un proveedor de Atención Renal Integrada de DaVita<sup>1</sup>, es mi proveedor principal para atención médica de rutina.

Firma*	Fecha*	<input type="text"/>
Nombre en imprenta*	<input type="text"/>	
Fecha de nacimiento*	<input type="text"/>	Código postal* <input type="text"/>
Número de teléfono*	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Móvil
Correo electrónico	<input type="text"/>	

\*Obligatorio

## 2. Devolver

Devuelva el formulario completo a un miembro de su equipo de atención de DaVita o envíelo por correo a la dirección de abajo.

ATTN: Direct Contracting Team  
DaVita  
2000 16TH ST  
DENVER CO 80202

Para más información, converse con un miembro de su equipo de atención de DaVita o visite [espanol.davita.com/masatencion](https://espanol.davita.com/masatencion).

Nota: Completar y devolver este formulario es voluntario. No afectará sus beneficios de Medicare.

<sup>1</sup>Vively Health, una subsidiaria de DaVita, participa en el modelo de Contratación Directa, una nueva iniciativa de Medicare para mejorar la atención de pacientes entre proveedores y brindar acceso a atención coordinada y servicios preventivos. Para más información sobre el modelo de Contratación directa, visite <https://innovation.cms.gov/initiatives/direct-contracting-model-options>.