

Formulario de confirmación de profesionales de atención de la salud

1. Confirmar

Al firmar a continuación, confirmo que Nightingale Clinical Care¹, un participante del programa de Atención Renal Integrada de DaVita², 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.

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

¹Nightingale Clinical Care es un consultorio médico propiedad de médicos con sede en California. ²Vively 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>.