

**DEPARTMENT OF LABOR AND INDUSTRIES
 CLAIMS SECTION
 PO BOX 44291
 OLYMPIA WA 98504-4291**

Nota: Por favor doble este documento en tres partes usando la marca en la parte izquierda para que la dirección se vea en un sobre con ventanilla

Si usted ha cambiado de médico tiene que notificarnos y obtener la aprobación del gerente de su reclamo. Le estamos enviando esta tarjeta para solicitar el cambio de médico. Por favor llene y envíe esta tarjeta lo más pronto posible para asegurar que sus servicios médicos no sean interrumpidos.

Para: Departamento de Labor e Industrias	Número de reclamo (Claim Number)
Por favor transfiera mi caso médico (Please transfer my medical case)	Fecha del cambio (date of change)

Nombre del **doctor anterior** (Old doctor)
De:

Nombre del nuevo doctor (New doctor) A:	Número de identificación del doctor (Provider ID# / NPI#)
--	--

Dirección del nuevo doctor (new doctor's address)	Ciudad (City)	Estado Código Postal (State/Zip)
---	---------------	-------------------------------------

Razón por el cambio de médico (Reason for transfer)

Fecha de hoy (Today's date)	Nombre del reclamante (Claimant's name)
-----------------------------	---

Dirección (Address)

Ciudad (City) Estado, Código Postal (State/Zip)

Firma del reclamante
(claimant's signature)

**DEPARTMENT OF LABOR AND INDUSTRIES
 CLAIMS SECTION
 PO BOX 44291
 OLYMPIA WA 98504-4291**

Nota: Por favor doble este documento en tres partes usando la marca en la parte izquierda para que la dirección se vea en un sobre con ventanilla

Si usted ha cambiado de médico tiene que notificarnos y obtener la aprobación del gerente de su reclamo. Le estamos enviando esta tarjeta para solicitar el cambio de médico. Por favor llene y envíe esta tarjeta lo más pronto posible para asegurar que sus servicios médicos no sean interrumpidos.

Para: Departamento de Labor e Industrias	Número de reclamo (Claim Number)
Por favor transfiera mi caso médico (Please transfer my medical case)	Fecha del cambio (date of change)

Nombre del **doctor anterior** (Old doctor)
De:

Nombre del nuevo doctor (New doctor) A:	Número de identificación del doctor (Provider ID# / NPI#)
--	--

Dirección del nuevo doctor (new doctor's address)	Ciudad (City)	Estado Código Postal (State/Zip)
---	---------------	-------------------------------------

Razón por el cambio de médico (Reason for transfer)

Fecha de hoy (Today's date)	Nombre del reclamante (Claimant's name)
-----------------------------	---

Dirección (Address)

Ciudad (City)	Estado,
Código Postal (State/Zip)	

Firma del reclamante
(claimant's signature)