



**superior
healthplan™**

5900 E. Ben White Blvd.
Austin, TX 78741

**STAR Health
Primary Care Provider Selection Form**

If you haven't done so already, please choose a Primary Care Provider (doctor) for your child. You can find a list of doctor's in the directory included in this packet under "Primary Care Providers."

After you choose a doctor for your child, please complete the form below and return it to us by faxing it to 1-866-626-6069. Or you can simply call us at 1-866-912-6283.

Child's Name	Child's DFPS and Medicaid ID #	Birth Date	Doctor's First and Last Name and Telephone Number
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

Medical Consenter Name

Signature

DFPS ID #

Day phone # in case we have to call you.

Please remember: Only the child's Medical Consenter can choose or change a doctor. If you are the Caregiver, but not the Medical Consenter, please call the Medical Consenter for help.

If you need help filling out this form, please call Member Services at 1-866-912-6283. We will be more than happy to help you!

Superior HealthPlan
STAR Health Program



**superior
healthplan.**[™]

5900 E. Ben White Blvd.
Austin, TX 78741

**STAR Health
Forma de Selección de Proveedor de Cuidado Primario**

Si todavía no lo ha hecho, por favor, escoja a un proveedor de cuidado primario (doctor) para su hijo. Puede encontrar una lista de proveedores de cuidado primario en el directorio que se incluye en este paquete bajo "Proveedores de Cuidado Primario".

Después de escoger un médico para su hijo o hija, por favor complete el formulario a continuación y devuélvanoslo por fax al 1-866-626-6069. O solo llámenos al 1-866-912-6283.

Nombre del niño	Número de identificación del niño del DFPS y de Medicaid	Fecha de nacimiento:	Nombre, apellido y teléfono del doctor
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

Nombre del otorgante de

Firma

Número de identificación consentimiento médico del DFPS

Teléfono durante el día por si tenemos que llamarlo.

Por favor, recuerde: solo el otorgante de consentimiento médico puede escoger o cambiar a un doctor. Si usted es el cuidador, pero no el otorgante de consentimiento médico, por favor, llame al otorgante de consentimiento médico para pedirle ayuda.

Si necesita ayuda para llenar esta forma, por favor, llame al Servicios para miembros al 1-866-912-6283. ¡Nos complacerá ayudarle!

Superior HealthPlan
Programa de STAR Health