

# Formulario de selección antes del nacimiento

Complete **todos** los campos y envíe el formulario completo por fax al 937-487-0904.

---

Fecha de hoy

---

Nombre de la persona que completa el formulario  
(en letra de imprenta)

---

Número de teléfono de contacto

## Información del afiliado

---

Nombre del afiliado (madre)

---

Fecha de nacimiento (madre)

---

N.º de identificación de registro del afiliado (madre)

---

Número de teléfono

---

Fecha estimada de parto

## Información del proveedor del recién nacido

---

Proveedor médico principal seleccionado (PMP)

---

Dirección

---

Ciudad

---

Estado

---

Código postal

---

Número de identificación nacional del proveedor (NPI)

---

Número de grupo

---

Código de ubicación

---

Firma de la madre

---

Fecha

**Si el panel del PMP seleccionado está completo, el PMP debe firmar debajo para autorizar la adición del recién nacido al panel.**

---

Firma del proveedor

---

Fecha

---

Nombre del proveedor en letra de imprenta