

Para recibir su tarjeta de regalo de **\$25** debe visitar a su proveedor o enfermera obstétrica en las 3 a 8 semanas siguientes al parto.

Su fecha de parto fue el			
Su revisión de nueva mamá debe de ser entre			y



1. Pida a su proveedor que complete el siguiente cupón cuando vaya para su revisión de nueva mamá.
2. Devuélvalo en el sobre adjunto o pida a su proveedor que lo envíe por fax al **(415) 615-4547**.

Deseo que me envíen mi libro gratuito y mi tarjeta de regalo por \$25 para (marque uno):



Información del Miembro	Please have your provider complete this section
Nombre del Miembro:	Date of postpartum Check Up: (See timeline above)
Dirección:	Clinic/Provider Name:
Ciudad:	Clinic/Provider Phone Number: () -
Estado: Código postal:	Clinic/Provider Signature or Stamp:
Fecha de nacimiento:	
Número de identificación del SFHP:	

Para obtener más información, llame al **(800) 288-5555** de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:30 p.m.

