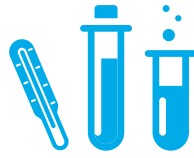


您可免費獲取  
一張 \$25  
的禮品卡。

# 糖尿病 篩選測試



**SAN FRANCISCO  
HEALTH PLAN™**



Here for you

Attn: Health Outcomes Improvement  
P.O. Box 194247  
San Francisco, CA 94119

在您患上糖尿病後，與您的護理團隊合作并控制病情是非常重要的。您的醫生將監測您的糖尿病以及其如何影響您的身體。監測您的糖尿病的測試稱為篩查。

\$25 禮品卡  
#1

\$25 禮品卡  
#2

您今年可以獲得兩張 \$25 的禮品卡：

**糖尿病篩選測試：**獲取您的 (1) 血壓、(2) Hgb A1c 血液測試和 (3) 尿微量白蛋白尿液測試 (或服用 ACE/ARB 藥物)

**糖尿病眼睛檢查：**如果您過去兩年沒有接受眼睛檢查，則需接受眼睛檢查。如果接受了眼睛檢查，則與您的提供者交談。您不需要接受新的檢查就有資格獲得禮品卡。

## 會員：今年進行糖尿病篩查 — 第 1 張禮品卡

選擇一個  
禮品卡：





選擇加入糖尿病簡訊計劃

電話 1(            )            -

## MEMBER INFORMATION

Member Name: \_\_\_\_\_

Street Address: \_\_\_\_\_

City, State, Zip: \_\_\_\_\_

SFHP ID#: \_\_\_\_\_

按照以下步驟獲取您的禮品卡。

**第 1 步：**填寫以上表格內容。

**第 2 步：**帶此表格與您的醫生會診，詢問您今年是否已進行糖尿病篩查。

**第 3 步：**如果您今年還沒有進行糖尿病篩查，要求您的醫生與您討論這點並填寫已進行測試的表格。您今年必須進行所有 3 次測試才能獲得禮品卡。

**第 4 步：**用此表格隨附的回郵信封郵寄此填寫完整並簽字的表格給 SFHP。您還可要求您的醫生傳真此表格至 **1(415) 615-4547**。

**第 5 步：**4 至 6 週後 25 美元禮品卡將郵寄給您。

## PRIMARY CARE PROVIDER INFORMATION

Provider Name: \_\_\_\_\_

Clinic Name: \_\_\_\_\_

Street Address: \_\_\_\_\_

City, State, Zip: \_\_\_\_\_

Provider Phone: \_\_\_\_\_

## PROVIDER INSTRUCTIONS:

- Please indicate which of these screenings have been completed this calendar year. Review goals and results with the patient.
- The patient must receive clinic sign-off in order to receive the \$25 gift card.
- You can fax form directly to **1(415) 615-4547**, or you can give form to patient to mail back to SFHP in self-addressed envelope.
- If test is not clinically appropriate, please state why in order for the patient to remain eligible for gift card.

Test	Patient's Goal	Latest Result or Measurement	Date of Result or Measurement	Clinic/Office Signature
Blood Pressure				
HbA1C				
Kidney Protection Microalbumin test				
Is the member on ACE/ARB (circle one) If not, please explain:	YES	NO		