

Puede obtener GRATIS una tarjeta de regalo de \$25

Pruebas de control de la diabetes



Here for you

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

Si tiene diabetes, es importante que trabaje con su equipo de atención para controlarla. Su proveedor controlará su diabetes y cómo le puede afectar a su cuerpo. Las pruebas que controlan su diabetes se llaman pruebas de control.

Tarjeta de regalo de \$25
#1

Tarjeta de regalo de \$25
#2

Usted puede obtener dos tarjetas de regalo de \$25 este año:

Pruebas de detección de la diabetes: Tómese su (1) presión arterial, (2) hágase una prueba sanguínea de Hgb A1c y (3) la prueba de microalbumina en la orina (o tome un medicamento ACE/ARB)

Examen ocular para diabéticos: Hágase un examen ocular si no se lo ha hecho en 2 años. Si tiene un proveedor, hable con él. Es posible que no necesite un nuevo examen para calificar para una tarjeta de regalo.

Miembros: Obtengan las pruebas de control de diabetes este año: Tarjeta de regalo #1

Seleccione uno:

\$25
TARGET

\$25
Walgreens

Inscríbese para el Programa de Mensajes de Texto para Diabetes

N.º de teléfono celular **1**() -

MEMBER INFORMATION

Member Name: _____

Street Address: _____

City, State, Zip: _____

SFHP ID#: _____

Siga estos pasos para recibir su tarjeta de regalo.

Paso 1: Complete el cuadro anterior con la información.

Paso 2: Lleve este formulario a su proveedor y pregúntele si ya le hicieron una prueba de control de diabetes este año.

Paso 3: Si aún no le han hecho una prueba de control de diabetes este año, pídale a su proveedor que hable con usted sobre esto y llene este formulario con las pruebas que ya le hicieron. Debe hacerse las 3 pruebas este año para recibir una tarjeta de regalo.

Paso 4: Envíe por correo el formulario lleno y firmado a SFHP en el sobre con la dirección que viene con este formulario. También puede pedirle a su proveedor que envíe por fax este formulario al **1(415) 615-4547**.

Paso 5: Obtenga su tarjeta de regalo de \$25 por correo en 4 a 6 semanas.

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		