

患有高血壓的 SFHP MEDI-CAL
會員請注意！

獲取一張
\$25
禮品卡

在今年年底前
測量您的血壓。

請參保人填寫並在下方簽名。

會員姓名：

地址：

城市：

州：

郵遞區號：

出生日期：

電話：() -

電子郵件：

SFHP ID 號：

我的健康心臟行動計劃 (必填)：

如果您的血壓處於正常水平，
您將做什麼來保持血壓正常？

如果您的血壓處於高壓水平，
您將做什麼來降低血壓？

參保人簽名：

X

SAN FRANCISCO
HEALTH PLAN 

Here for you

San Francisco Health Plan 鼓勵您定期測量血壓，以幫助您和您的醫生瞭解您是否有心臟病發作或中風的危險。如果您在本年底前接受你的血壓測量檢查，您將可以收到一張 \$25 的 Walgreens 禮品卡！

您注射流感疫苗了嗎？流感可使身體健康的人變得非常虛弱。透過注射流感疫苗可以保護自己和他人。如需更多資訊，請諮詢您的提供者或致電 Customer Service **1(800) 288-5555**。

欲領取禮品，您須：

- 1 預約您的提供者或指定診所
- 2 帶上此表單前去赴約，並讓您的提供者或醫療助理簽字證實您已接受血壓測量
- 3 寫下您將改善或維持目前血壓水平的方法
- 4 在參加預約之後，盡快將此頁與簽名及測量結果寄至 San Francisco Health Plan, P.O. Box 194247, San Francisco, CA 94119，或請您的診所將其傳真至 **1(415) 615-4547**。

您的主治醫生是：

請提供者填寫和簽名。

PCP Name:

PCP Clinic:

Street Address:

City, State, Zip:

Phone:

血壓測量日期：

(Blood Pressure Check Date)

結果 (Result)：

此水平是否視為正常？ 是 否

(Is this level considered normal? Yes No)

後續預約日期：

如果血壓高於正常水平

(Follow-up appointment date, if BP is above normal)

提供者簽名 (Provider Signature)：

X

提供者姓名 (Provider Name)：

如與上述姓名不同，請用正楷簽名