

**УВАЖАЕМЫЕ участники плана SFHP Medi-Cal с диагнозом артериальной гипертензии!**

Получите подарочную карту на **\$25**

**Проверьте свое артериальное давление до конца этого года.**

Участники плана должны заполнить и подписать данную форму.

Имя, фамилия:

Улица, дом:

Город:

Штат:                      Индекс:

Дата рождения:

Телефон: (        )        -

Эл. почта:

Ид. № участника SFHP:

**Мой план действий по поддержанию здоровья сердца (обязательно):**

Если ваше давление в пределах нормы, что вы будете делать, чтобы поддерживать его на таком уровне?

Если ваше давление выше нормы, что вы будете делать, чтобы снизить его?

Подпись участника:

**X**



Here for you

San Francisco Health Plan настоятельно рекомендует вам регулярно проверять свое кровяное давление, чтобы вы и ваш доктор могли оценить риск инфаркта или инсульта. Если вы проверите свое артериальное давление до конца этого года, вы сможете получить от нас подарочную карту Walgreens на сумму в \$25!

Прошли ли вы вакцинацию от гриппа? Для людей в вашем состоянии грипп - весьма опасное заболевание. Защитите себя и других, сделав вакцину. Обратитесь за более подробной информации к вашему поставщику медицинских услуг или позвоните в службу поддержки по номеру **1(800) 288-5555**.

Чтобы получить подарок:

- 1.** **Запишитесь на консультацию** со своим поставщиком медицинских услуг или в вашей клинике
- 2.** **Принесите на консультацию этот документ**, чтобы ваш поставщик медицинских услуг или врач подтвердил факт проверки артериального давления
- 3.** **Напишите**, что вы можете сделать для того, чтобы улучшить ваши показатели и поддерживать свое давление на безопасном уровне
- 4.** **Отправьте подписанный врачом документ по почте** вместе с результатами проверки в San Francisco Health Plan, P.O. Box 194247, San Francisco, CA 94119, или попросите персонал клиники отправить его по факсу **1(415) 615-4547** сразу же после консультации.

**Ваш PCP:**

*Providers please complete and sign.*

PCP Name:

PCP Clinic:

Street Address:

City, State, Zip:

Phone:

Blood Pressure Check Date:

Result:

Is this level considered normal?  Yes  No

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

Provider Signature:

**X**

Provider Name:  
(Print name if different than above)