

¡ATENCIÓN miembros de Medi-Cal de SFHP con hipertensión!

Obtenga una Tarjeta de regalo por **\$25**

Controle su presión arterial al final de este año.

Los miembros deben completar la información a continuación y firmar.

Nombre del miembro:

Dirección:

Ciudad:

Estado: Código postal:

Fecha de nacimiento:

Teléfono: () -

Correo electrónico:

N.º de Identificación de SFHP:

Mi plan de acción para un corazón saludable (obligatorio):

Si su presión arterial está en un nivel normal, ¿qué hará para mantenerla normal?

Si su presión arterial está en un nivel alto, ¿qué hará para bajarla?

Firma del Miembro:

X



Here for you

San Francisco Health Plan le recomienda que se revise la presión arterial de manera regular para ayudarles a usted y a su médico a saber si está en riesgo de un ataque al corazón o derrame cerebral. Si le revisan la presión arterial antes del final de este año, ¡puede recibir una tarjeta de regalo de Walgreens de \$25!

¿Ha recibido la vacuna contra la influenza alguna vez? La influenza puede enfermar mucho a las personas con su afección. Protéjase y proteja a los demás al recibir la vacuna contra la influenza. Para obtener más información, pregunte a su proveedor o llame a Servicio al Cliente al **1(800) 288-5555**.

Para Reclamar su Regalo:

- 1 Programe una cita** con su proveedor o en su clínica asignada
- 2 Lleve esta hoja** con usted a su cita y pida a su proveedor o asistente médico que la firme para confirmar que le revisaron la presión arterial
- 3 Anote** cómo mejorará o mantendrá su nivel actual de presión arterial
- 4 Envíe esta página por correo** con las firmas y los resultados a San Francisco Health Plan, P.O. Box 194247, San Francisco, CA 94119 o pida en la clínica que lo envíen por fax a **1(415) 615-4547** tan pronto como sea posible después de su cita

Su PCP es:

Los proveedores deben completar y firmar.

PCP Name:

PCP Clinic:

Street Address:

City, State, Zip:

Phone:

Fecha de revisión de la presión arterial:
(Blood Pressure Check Date)

Resultados (Result):

¿Este nivel se considera normal? Sí No
(Is this level considered normal? Yes No)

Fecha de cita de seguimiento:
si PA es por encima de lo normal
(Follow-up appointment date, if BP is above normal)

Firma del Proveedor (Provider Signature):

X

Nombre del proveedor (Provider Name):

Escriba el nombre con letra de molde si es diferente al anterior