

Lưu ý đối với Hội viên SFHP Medi-Cal bị Cao huyết áp!

Nhận
\$25
Thẻ Quà
tặng

Kiểm tra huyết áp của quý vị vào cuối năm nay.

Hội viên vui lòng điền và ký tên bên dưới.

Tên Hội viên:

Địa chỉ:

Thành phố:

Tiểu bang: Mã Zip:

Ngày sinh:

Điện thoại: () -

Email:

Số ID SFHP:

Chương trình hành động vì một trái tim khỏe mạnh (bắt buộc):

Nếu huyết áp của quý vị ở mức bình thường, quý vị sẽ làm gì để giữ huyết áp bình thường?

Nếu huyết áp của quý vị ở mức cao, quý vị sẽ làm gì để hạ huyết áp?

Chữ ký của Hội viên:

X

SAN FRANCISCO HEALTH PLAN 

Here for you

San Francisco Health Plan khuyến khích quý vị kiểm tra huyết áp thường xuyên để giúp quý vị và bác sĩ biết quý vị có nguy cơ bị đau tim hoặc đột quỵ hay không. Nếu quý vị kiểm tra huyết áp của mình muộn nhất vào cuối năm nay, thì quý vị có thể nhận được thẻ quà tặng Walgreens \$25!

Quý vị đã tiêm phòng cúm chưa? Bệnh cúm có thể làm cho sức khỏe của những người có tình trạng như quý vị rất yếu. Bảo vệ bản thân và người khác bằng cách tiêm phòng cúm. Để biết thêm thông tin, hỏi bác sĩ của quý vị hoặc gọi cho Bộ phận Dịch vụ Khách hàng theo số **1(800) 288-5555**.

Để Nhận Quà tặng:

- 1 Hẹn khám** với bác sĩ của quý vị hoặc tại phòng khám được chỉ định của quý vị
- 2 Mang theo tờ thông tin này** khi đến hẹn và yêu cầu bác sĩ hoặc phụ tá y khoa ký tên xác nhận quý vị đã kiểm tra huyết áp
- 3 Ghi lại** cách quý vị sẽ cải thiện hoặc duy trì mức huyết áp hiện tại của mình
- 4 Sau khi khám, gửi trang** có chữ ký và kết quả này qua bưu điện đến San Francisco Health Plan, P.O. Box 194247, San Francisco, CA 94119 hoặc yêu cầu phòng khám của quý vị fax trang này đến số **1(415) 615-4547** càng sớm càng tốt

PCP của quý vị là:

Bác sĩ vui lòng điền và ký tên.

PCP Name:

PCP Clinic:

Street Address:

City, State, Zip:

Phone:

Ngày Kiểm tra Huyết Áp:
(Blood Pressure Check Date)

Kết quả (Result):

Mức này có được coi là bình thường không? Có Không
(Is this level considered normal? Yes No)

Ngày hẹn khám theo dõi:
Nếu huyết áp trên mức bình thường
(Follow-up appointment date, if BP is above normal)

Chữ ký của Bác sĩ (Provider Signature):

X

Tên Bác sĩ: (Provider Name):

Viết tên bằng chữ in nếu khác ở trên