

¡Felicitaciones por su bebé recién nacido!

SAN FRANCISCO
HEALTH PLAN™



Here for you

Nombre del Miembro _____

Número de identificación del SFHP: _____

Fecha de nacimiento: / / _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____



Your Body, Your Baby

Steps for a healthy start

Nosotros le enviaremos **\$25** tarjeta de regalo por visitar a su proveedor para una revisión de nueva mamá, en las siguientes 3 a 8 semanas después del parto.

Deseo que me envíen mi libro gratuito y mi tarjeta de regalo por \$25 para (marque uno):



Su fecha de parto fue el

MM / DD / YYYY

Su revisión de nueva mamá debe de ser entre

MM / DD / YYYY y MM / DD / YYYY



Pida a su proveedor que complete el siguiente cupón cuando vaya para su revisión de nueva mamá.



Devuélvalo en el sobre adjunto o pida a su proveedor que lo envíe por fax al **1(415) 615-4547**.

Para obtener más información, llame al **1(800) 288-5555** de lunes a viernes, de 8:30am a 5:30pm.

PARA OBTENER SU TARJETA DE REGALO, PÍDALE A SU PROVEEDOR QUE COMPLETE LA SIGUIENTE SECCIÓN

Date of postpartum Check Up (See timeline above): _____

Clinic/Provider Name: _____

Clinic/Provider Phone Number: () - _____

Clinic/Provider Signature or Stamp: _____