

# ¿Está Usted Embarazada? Visite A Su Médico Cuanto Antes

**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*

Si usted está embarazada, visite a su proveedor cuanto antes y le enviaremos una tarjeta de regalo de \$25!

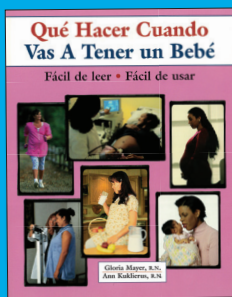
**También recibirá un libro gratuito como parte del programa Your Body, Your Baby.**

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



Para recibir su **tarjeta de regalo de \$25**, debe visitar a su proveedor durante su primer trimestre (las primeras 12 semanas de embarazo) o durante los primeros 40 días de su inscripción en San Francisco Health Plan.

Sus primeros tres meses de embarazo son muy importantes para usted y su bebé. Su primera visita al médico es una excelente oportunidad para hacer preguntas, aprender más sobre la alimentación saludable y enterarse de cómo está creciendo su bebé. Visite a su proveedor o enfermera obstétrica cuanto antes para mantener bien su salud y la de su bebé.



**Usted puede obtener una segunda tarjeta de regalo de \$25**

si va a ver a su proveedor de 3 a 8 semanas después del nacimiento de su bebé. Puede llamarnos al **1(800) 288-5555** una vez que tenga a su bebé para obtener información.

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



**Envíela en el sobre adjunto para recibir su tarjeta de regalo de \$25 gratis.**

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

Date of Intial Prenatal Check-Up:        /        / \_\_\_\_\_

Due Date:        /        / \_\_\_\_\_

Clinic/Office Name: \_\_\_\_\_

Clinic/Provider Phone Number:        (    )        - \_\_\_\_\_

Clinic/Provider Signature or Stamp: \_\_\_\_\_