

¡Felicitaciones por su bebé recién nacido!



Nombre del Miembro: _____

Número de identificación del SFHP: _____

Fecha de nacimiento: / / _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____



Le enviaremos una tarjeta de regalo por **\$25** por ver a su proveedor para una visita posparto en un plazo de 3–8 semanas después del parto.



Your Body, Your Baby

Steps for a healthy start

Por favor, envíen una tarjeta de regalo por \$25 por (marque uno):



Su fecha de parto fue el: MM / DD / YYYY

Su visita posparto debe estar entre: MM / DD / YYYY and MM / DD / YYYY



Pídale a su proveedor que complete la sección que aparece a continuación cuando vaya para la visita posparto.



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 Visit (See timeline above): _____

Clinic/Provider Name: _____

Clinic/Provider Phone Number: () - _____

Clinic/Provider Signature or Stamp: _____