



# Mamás sanas Bebés sanos



Programa de Educación para la Salud de Santa Clara Family Health Plan

## ¿Está embarazada? ¡Felicitaciones!

*¡Recompénsese por hacer una visita a su médico cada trimestre!*



<b>1.er trimestre</b>	Una tarjeta de regalo de Target de \$30*
<b>2.º trimestre</b>	Un asiento para auto**
<b>3.er trimestre</b>	Una cápsula para dormir (compañero de cama)

**Para inscribirse:** Pídale a su médico que complete el formulario del Programa Prenatal de Medi-Cal (Medi-Cal Prenatal Program) y envíelo por fax a Educación para la Salud de SCFHP al **408-874-1959**.

**¿Quién es elegible?** Los miembros del plan de Medi-Cal de Santa Clara Family Health Plan que actualmente están embarazadas. Los miembros inscritos en Kaiser no son elegibles para este programa.

Visite [www.scfhp.com/healthy-moms-babies](http://www.scfhp.com/healthy-moms-babies) para obtener más información y recursos.

\* La tarjeta de regalo no se puede usar para comprar tabaco, alcohol ni armas de fuego.

\*\* Deberá completar una clase de seguridad de asientos para auto con el programa de Educación para la Salud de Santa Clara Family Health Plan (SCFHP)

## PROGRAMA PRENATAL DE MEDI-CAL

Pídale a su médico que complete el formulario de Educación para la Salud de Santa Clara Family Health Plan (SCFHP) y envíelo por fax al **408-874-1959**. Para obtener más información y recursos, visite [www.scfhp.com/healthy-moms-babies](http://www.scfhp.com/healthy-moms-babies).

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO:		
Su nombre:		
Fecha de nacimiento:	N.º DE ID. DE SCFHP:	
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono:		
Correo electrónico:		

INFORMACIÓN DEL MÉDICO:		
Fecha del control prenatal inicial:	Fecha estimada de parto:	
Nombre del médico:		
Nombre de la clínica:		
Contacto de la clínica:		
N.º de teléfono:		N.º de fax:
<b>Consulta</b>	<b>Fecha de la consulta</b>	<b>Firma del médico</b>
<input type="checkbox"/> Trimestre 1		
<input type="checkbox"/> Trimestre 2		
<input type="checkbox"/> Trimestre 3		