

Healthy Moms and Healthy Babies

Formulario de Cuidado Prenatal Temprano



Solo para miembros de la Alianza EMBARAZADAS

Estimada miembro de la Alianza,

¡Verifique que su bebé nazca saludable! Es muy importante que vaya a su doctor para las consultas **prenatales** (de embarazo). En esas consultas, su doctor podrá ver cómo están usted y su bebé. Su doctor también verificará que se haga cualquier examen que necesite.

Las mujeres que van seguido a su doctor para chequeos prenatales tienen más probabilidades de tener bebés sanos. Asegúrese de ver al doctor durante las **primeras 13 semanas de su embarazo** o dentro de los 6 semanas siguientes de inscribirse en la Alianza. Si lo hace, **podrá recibir una tarjeta de regalo de \$25** de parte de la Alianza. Esto es parte de nuestro programa de Premios para Miembros.

Llene la primera parte de este formulario y llévelo a su **primera consulta prenatal**. Su doctor llenará la segunda parte del formulario y la firmará. La forma puede enviarse por correo o fax. Le enviaremos una tarjeta de regalo después de recibir su formulario y confirmar su consulta. Esto tarda aproximadamente de 6 a 8 meses. Los miembros con otro seguro de salud además de Medi-Cal no son elegibles para los premios de miembros.

Si tiene preguntas, llame a nuestra Línea de educación de salud al (800) 700-3874, ext. 5580.

Miembro de la Alianza – llene esta sección (solo para miembros embarazadas):

Nombre: _____ ID de la Alianza * : _____
Número de teléfono: _____ Fecha de nacimiento * : _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Código postal: _____

Provider - Please fill out this section (for pregnant members only) and fax this completed form to (877) 793-8504. Provider payment is based on completion and submission of this form.

Today's Date * : _____ Estimated Date of Delivery * : _____
Date of Alliance member's first trimester prenatal visit: _____
Appointment scheduled for Tdap and Flu vaccines? Yes No
Recommended for pregnant women to receive the Tdap vaccine during the 27th through 36th week of each pregnancy.
Provider name: _____ Practice NPI# * : _____
Phone number: _____
Provider signature or office stamp * : _____

* Required Information/Información Requerida