



Un regalo para la salud

La próxima visita de su bebé al médico podría traer de regalo muchos pañales.

Los primeros 15 meses de vida pueden ser los más importantes para el nuevo bebé. El médico debe controlarlo, como mínimo, seis veces durante este período. En estos chequeos, el médico se asegurará de que el bebé esté creciendo y se encuentre saludable. Además, el bebé recibirá las vacunas correspondientes y se le realizarán los exámenes necesarios para que esté saludable, incluido un examen para detectar plomo que se lleva a cabo a los 12 y 24 meses.

Las visitas al médico son tan importantes que nos gustaría ayudarlo. Le enviaremos una tarjeta de regalo de \$50* después de que hayan controlado, como mínimo, seis veces a su bebé antes de que cumpla 15 meses.

Con una tarjeta de regalo de \$50, puede comprar pañales, biberones o cualquier otra cosa que el bebé pueda necesitar.

Debe llevar a su bebé al médico con frecuencia. Estas son algunas edades recomendadas:

- una semana
- un mes
- dos meses
- cuatro meses
- seis meses
- nueve meses
- doce meses
- quince meses

De acuerdo con las pautas de la Academia Estadounidense de Pediatría.

La tarjeta de regalo se enviará por correo a la dirección que usted indique en el formulario dentro de 10 días hábiles. Las tarjetas de regalo no pueden canjearse por dinero en efectivo. Esta tarjeta de regalo es para miembros activos de BCBSTX.

*Los servicios adicionales sin costo pueden tener restricciones y limitaciones.

Blue Cross and Blue Shield of Texas cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-710-6984 (TTY: 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-710-6984 (TTY: 711).

Blue Cross and Blue Shield of Texas, a Division of Health Care Service Corporation,
a Mutual Legal Reserve Company, an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association





Para obtener la tarjeta de regalo, se debe completar el formulario en su totalidad. La tarjeta de regalo se enviará por correo a la dirección que escriba en el formulario que debe enviarnos. Pregúntele al médico qué vacunas necesita su bebé.

Cómo obtener una tarjeta de regalo de \$50:

1. Lleve a su bebé a seis o más chequeos antes de que cumpla 15 meses.
2. El bebé debe ser un asegurado de Blue Cross and Blue Shield of Texas desde el primer mes de vida hasta la sexta visita del programa Texas Health Steps o visita preventiva para niños a fin de reunir los requisitos para recibir la tarjeta de regalo.
3. Solicítele al médico que complete y firme este formulario en cada visita. Debe incluirse el sello del consultorio del médico.
4. Después de la sexta visita, solicítele al médico que envíe el formulario por fax al **1-512-349-4867**.
5. Call the BCBSTX CHIP Member Advocate if you need help with this form at **1-877-375-9097** (TTY: **7-1-1**)

Debe realizarse antes de que el bebé cumpla 15 meses.

Nombre del bebé: _____ Fecha de nacimiento del bebé: _____

Su nombre: _____ Número de asegurado del bebé: _____

Su dirección: _____

Ciudad/estado/código postal: _____

Su correo electrónico: _____ Su número de teléfono: _____

Fecha de la **primera visita preventiva**: _____ Firma del médico: _____

Sello del consultorio del médico

Teléfono del consultorio: _____ Nombre y cargo (en letra de imprenta): _____

Sello del consultorio del médico

Fecha de la **segunda visita preventiva**: _____ Firma del médico: _____

Teléfono del consultorio: _____ Nombre y cargo (en letra de imprenta): _____

Sello del consultorio del médico

Fecha de la **tercera visita preventiva**: _____ Firma del médico: _____

Teléfono del consultorio: _____ Nombre y cargo (en letra de imprenta): _____

Sello del consultorio del médico

Fecha de la **cuarta visita preventiva**: _____ Firma del médico: _____

Teléfono del consultorio: _____ Nombre y cargo (en letra de imprenta): _____

Sello del consultorio del médico

Fecha de la **quinta visita preventiva**: _____ Firma del médico: _____

Teléfono del consultorio: _____ Nombre y cargo (en letra de imprenta): _____

Sello del consultorio del médico

Fecha de la **sexta visita preventiva**: _____ Firma del médico: _____

Teléfono del consultorio: _____ Nombre y cargo (en letra de imprenta): _____