



Formulario de recompensa por asistir a una consulta de rutina para adolescentes - 2017

¡Lo lograste! Gracias por asistir a tu visita de bienestar anual. Tu salud es importante para nosotros. Como recompensa adicional por asistir a tu visita, podrías calificar para una **tarjeta de regalo de \$25**. Si naciste entre el primero de enero de 1996 y el 31 de diciembre de 2005, llena el formulario que se encuentra a continuación y te enviaremos una tarjeta de regalo.

***La inscripción en tu CCO debe estar vigente la fecha de tu cita para ser elegible para una tarjeta de regalo. CareOregon confirmará tu elegibilidad después de que la clínica envíe tu formulario.**

1. Escribe tu nombre y dirección a continuación. Escribe con letra legible y asegúrate de llenar todo de forma correcta. Enviaremos tu tarjeta de regalo a la dirección que proporcionas.

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Número de teléfono: _____

2. Marca una casilla a continuación para elegir la tarjeta de regalo que te gustaría que te enviáramos.

<input type="checkbox"/> Tarjeta de regalo de Amazon.com	<input type="checkbox"/> iTunes	<input type="checkbox"/> Walmart
<input type="checkbox"/> Target	<input type="checkbox"/> Subway	<input type="checkbox"/> T.J. Maxx

3. Entrégale este formulario diligenciado a un miembro del personal de la clínica.

¡Listo! Te enviarán tu tarjeta por correo postal en un plazo de 4 a 6 semanas a la dirección que escribiste arriba.

Clinic staff: Please complete and send to this special fax line: **503-416-1316**.

Provider or clinic staff: _____
(Please print name)

Signature: _____

Date of appointment: _____

Clinic name: _____

PLACE CLINIC STICKER/LABEL HERE WITH:

- Member name
- DOB**
- Address
- Phone number
- CCO member ID**

Envíe todas las preguntas por correo electrónico a awc@careoregon.org