Kern Family Health Care®

Are you pregnant? See your doctor early.

¿Está embarazada? Consulte a su médico pronto.

Member Information/*Información del miembro*

Name (first & last name)/*Nombre (nombre y apellido)* _______________

Today's date/*Fecha de hoy* _______________

Street address, city, state, zip code/*Dirección, ciudad, estado, código postal* _______________

Primary phone number/ *Número de teléfono primario* _______________

Date of birth/ *Fecha de nacimiento* _______________

KFHC Member ID/ *Identificación del miembro de KFHC* _______________

$50 + $10=

$60

KFHC will mail you a $50 gift card when you complete a prenatal visit in the first trimester **and fill out this form with your doctor**. Submit this form on your Member Portal account. Don't have an account? Sign up at member.kernfamilyhealthcare.com and get a $10 gift card.

KFHC le enviará por correo una tarjeta de regalo de $50.00 cuando complete una visita prenatal en el primer trimestre **y complete este formulario con su doctor**. Envíe este formulario en su cuenta del Portal para Miembros. ¿No tiene una cuenta? Regístrese en member.kernfamilyhealthcare.com y obtenga una tarjeta de regalo de $10.00.

For Provider Administrative Use Only

Please fill out the following section. Mail or fax this form to KFHC or return the form to member.

- Has member completed a prenatal care visit during the 1st trimester?
  - Yes, on: ______/______/______
  - No
- Expected delivery date: ________/______/______

Official Stamp:

Provider/Clinic Name _______________

Provider Phone Number _______________

Provider Address _______________

Provider Signature/Date _______________

Provider, please **fax to KFHC Quality Improvement (661) 617-2735**, or mail to:
KFHC Quality Improvement, 2900 Buck Owens Blvd., Bakersfield, CA 93308.

Kern Family Health Care complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.
ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-391-2000 (TTY: 711)
Kern Family Health Care 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 1-800-391-2000 (TTY: 711)
注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-391-2000 (TTY: 711)。