



**Conductas saludables de Recompensas Saludables (Healthy Rewards™)  
Programa para dejar de fumar: Formulario 1  
Asista a reuniones para dejar de utilizar tabaco**

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Núm. de ID del miembro: \_\_\_\_\_ Número de teléfono celular: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Dirección física Ciudad Estado Código postal

Nombre del padre/cuidador principal (si aplica): \_\_\_\_\_

**Instrucciones:**

1. Inscríbase en el Programa para dejar de fumar en Recompensas Saludables (Healthy Rewards) visitando el Centro de recompensas de beneficios en **simplyhealthcareplans.com/floridahealthykids** o llamando al **888-990-8681 (TTY 711)** de lunes a viernes de 9 a.m. a 8 p.m. hora del Este.
2. Vaya a su médico para una visita de respaldo.
3. Elija y asista a un programa para dejar de fumar/grupo de respaldo. Estas son dos opciones.

<b>Florida libre de tabaco</b>	<b>Centro de educación sobre salud del área</b>
En línea:	En línea:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• quitnow.net/florida</li> <li>• tobaccofreeflorida.com</li> <li>• tobaccofreeflorida.com/teens</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ahectobacco.com para clases en la comunidad</li> </ul>
Teléfono:	Teléfono:
<b>877-U-CAN-NOW (877-822-6669)</b> para hablar con un Quit Coach® en la Línea para dejar de fumar de Florida	<b>87-QUIT-NOW-6 (877-848-6696)</b>

4. Envíe por correo electrónico una copia completada de este formulario y su certificado de asistencia al programa a [healthybehaviors@simplyhealthcareplans.com](mailto:healthybehaviors@simplyhealthcareplans.com).

**Reciba su recompensa de tarjeta de regalo de \$50.** Las recompensas no pueden utilizarse en juegos de azar, alcohol, tabaco o medicamentos recetados.

**Nota:** Una vez inscrito en este programa, debe completar los pasos indicados arriba en un plazo de 12 meses para ganarse la recompensa.



**Conductas saludables de Recompensas Saludables (Healthy Rewards™)**  
**Programa para dejar de fumar: Formulario 2**  
**Un mes libre de tabaco**

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Núm. de ID del miembro: \_\_\_\_\_ Número de teléfono celular: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Dirección física Ciudad Estado Código postal

Nombre del padre/cuidador principal (si aplica): \_\_\_\_\_

Después de inscribirse en este programa:

1. Deje de fumar, vapear y utilizar tabaco por un mes.
2. Asista a un programa para dejar de fumar/grupo de respaldo. (Esto es opcional).
3. Siga su plan de salud.
4. Firme a continuación. Pídale a su médico que también firme.

Firme con su nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Pídale al médico que firme con su nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

5. Envíe por correo electrónico este formulario completado a [healthybehaviors@simplyhealthcareplans.com](mailto:healthybehaviors@simplyhealthcareplans.com).

**Reciba su recompensa de tarjeta de regalo de \$50.** Las recompensas no pueden utilizarse en juegos de azar, alcohol, tabaco o medicamentos recetados.

**Nota:** Una vez inscrito en este programa, debe completar los pasos indicados arriba en un plazo de 12 meses para ganarse la recompensa.

Inscríbese en el Programa para dejar de fumar en Recompensas Saludables (Healthy Rewards) visitando el Centro de recompensas de beneficios en [simplyhealthcareplans.com/floridahealthykids](http://simplyhealthcareplans.com/floridahealthykids) o llamando al **888-990-8681 (TTY 711)** de lunes a viernes de 9 a.m. a 8 p.m. hora del Este.



**Conductas saludables de Recompensas Saludables (Healthy Rewards™)  
Programa para dejar de fumar: Formulario 3  
Tres meses libre de tabaco**

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Núm. de ID del miembro: \_\_\_\_\_ Número de teléfono celular: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Dirección física Ciudad Estado Código postal

Nombre del padre/cuidador principal (si aplica): \_\_\_\_\_

Después de inscribirse en este programa:

1. Deje de fumar, vapear y utilizar tabaco por tres meses.
2. Asista a un programa para dejar de fumar/grupo de respaldo. (Esto es opcional).
3. Siga su plan de salud.
4. Firme a continuación. Pídale a su médico que también firme.

Firme con su nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Pídale al médico que firme con su nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

5. Envíe por correo electrónico este formulario completado a [healthybehaviors@simplyhealthcareplans.com](mailto:healthybehaviors@simplyhealthcareplans.com).

**Reciba su recompensa de tarjeta de regalo de \$50.** Las recompensas no pueden utilizarse en juegos de azar, alcohol, tabaco o medicamentos recetados.

**Nota:** Una vez inscrito en este programa, debe completar los pasos indicados arriba en un plazo de 12 meses para ganarse la recompensa.

Inscríbese en el Programa para dejar de fumar en Recompensas Saludables (Healthy Rewards) visitando el Centro de recompensas de beneficios en [simplyhealthcareplans.com/floridahealthykids](http://simplyhealthcareplans.com/floridahealthykids) o llamando al **888-990-8681 (TTY 711)** de lunes a viernes de 9 a.m. a 8 p.m. hora del Este.