

您收到此表格是因為您加入了一項新的牙科管理式保健計劃，即 Health Net Dental (Health Net)。我們將使用此表格來確保您獲得所需的保健服務。

請使用藍色或黑色筆勾選適用於您的答案。為您家中加入 Health Net 的每個人填寫一份表格。如果您有任何疑問，請撥打 Health Net 免付費電話 **1.877.550.3868**。週一至週五上午 8:00 至下午 5:00 期間，有服務代表可與您交談。TDD/TTY 使用者應撥打 711。

填寫此表格純屬自願。
您不會因為您的保密回答而被拒絕保健服務。

會員姓名：	出生日期：
-------	-------

Medi-Cal ID 編號：	請勾選一項：			
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center; padding: 5px;">是</td> <td style="width: 33%; text-align: center; padding: 5px;">否</td> <td style="width: 33%; text-align: center; padding: 5px;">不適用</td> </tr> </table>	是	否	不適用
是	否	不適用		

1.	自您上次看牙醫以來是否已超過 12 個月？			
2.	您在吃冷食、熱食或含糖食物時是否感到疼痛？			
3.	您是否有疼痛的牙齒萌發？			
4.	您是否被感染的單顆牙齒或多顆牙齒？			
5.	您是否有斷裂的單顆牙齒或多顆牙齒？			
6.	您是否會口乾舌燥？			
7.	您刷牙或用牙線時牙齦是否會流血？			
8.	您是否接受過牙齦（牙周）治療？ 如果是，最後一次治療的日期：_____			
9.	您是否戴全牙或是局部假牙？			
10.	您目前是否正在接受電療或化療？			
11.	您是否懷孕？			
12.	您是否經常因慢性疾病而去看醫生？ 如果是，請勾選所有適用項： <input type="checkbox"/> 癌症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎臟疾病 <input type="checkbox"/> 其他：_____			
13.	您是否有精神或身體障礙或與之有關的疾病？			

請使用隨附的預付信封將填妥的表格寄回或郵寄至：

Health Net Dental, PO Box 26110, Santa Ana, CA 92799-6110。

如果您認為在 Health Net 聯絡您之前需要看牙醫，請聯絡您的牙科診所或到醫院尋求治療。

我瞭解此資訊將披露給我的新牙科計劃。

簽名：	簽名日期：
-----	-------