

본 양식은 새로운 치아 건강 관리 치료 플랜인 Health Net Dental(Health Net)에 가입하신 가입자에게 제공됩니다. 본 양식을 통해 가입자가 필요한 치료를 받을 수 있도록 지원할 것입니다.

파란색 또는 검정색 펜을 사용하여 해당되는 항목을 체크해 주시기 바랍니다. Health Net에 가입한 가족 중 가입자 1인당 양식 1개를 작성합니다. 질문이 있는 경우 Health Net 무료 전화:

**1.877.550.3868**로 문의해 주시기 바랍니다. 월요일~금요일, 오전 8시~오후 5시 사이에 담당자와 통화할 수 있습니다. TDD/TTY 사용자는 **711**로 전화를 걸어야 합니다.

**자발적으로 본 양식을 작성하시면 됩니다.  
답변은 비공개 처리되고 답변에 따라 치료가 거부되지 않습니다.**

가입자의 이름:	생년월일:
----------	-------

<b>Medi-Cal ID 번호:</b>		하나의 답변을 체크해 주십시오:		
		예	아니요	N/A
1.	마지막 치과 방문 이후 12개월 이상 지났습니까?			
2.	찬 음식, 뜨거운 음식, 단 음식을 먹을 때 통증이 느껴집니까?			
3.	치아에 통증이 있습니까?			
4.	염증이 있는 치아가 있습니까?			
5.	파절된 치아가 있습니까?			
6.	구강이 건조합니까?			
7.	칫솔이나 치실을 사용하면 잇몸에서 피가 납니까?			
8.	잇몸(치주) 치료를 받으셨습니까? <i>예라고 응답한 경우, 최종 방문일: _____</i>			
9.	틀니나 부분 틀니를 사용하고 있습니까?			
10.	현재 방사선 치료나 항암 화학 요법을 받고 있습니까?			
11.	임신하셨습니까?			
12.	만성 질환으로 정기적으로 의사의 진료를 받고 있습니까? <i>예라면 응답한 경우, 해당되는 사항을 모두 체크하십시오</i> □ 암 □ 당뇨병 □ 신장병 □ 기타: _____			
13.	정신적, 행동적, 신체적 장애가 있거나 진단을 받은 적이 있습니까?			

동봉된 선불 편지 봉투를 사용하여 작성한 양식을 다음 주소로 보내주십시오.  
Health Net Dental, PO Box 26110, Santa Ana, CA 92799-6110.

Health Net에서 연락을 드리기 전에 치과의사의 진찰이 필요하다고 생각되면 치과에 연락하거나 병원에서 진료를 받으십시오.

*나는 본 정보가 새로운 치과 플랜에 제공될 것임을 인지하고 있습니다.*

서명(Signature):	서명 날짜:
----------------	--------