

# Medi-Cal-ի բերանի խոռոչի առողջության տեղեկատվության ձևաթուղթ



Դուք ստանում եք այս ձևը, քանի որ գրանցվել եք Health Net Dental-ի (Health Net) նոր ատամնաբուժական կառավարվող խնամքի ծրագրում: Մենք կօգտագործենք այս ձևը՝ համոզվելու համար, որ դուք ստանում եք անհրաժեշտ խնամքը:

**Խնդրում ենք** կապույտ կամ սև գրիչով նշել ձեզ վերաբերող պատասխանները: Լրացրեք մեկական ձևաթուղթ ձեր ընտանիքի յուրաքանչյուր անդամի համար, ով գրանցված է Health Net-ում: Հարցերի դեպքում խնդրում ենք զանգահարել Health Net անվճար հեռախոսահամարով **1-844-233-4522**: Ներկայացուցիչը պատրաստ է խոսել ձեզ հետ երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը 8:00 am-ից մինչև 5:00 pm-ը: TDD/TTY օգտատերերը պետք է զանգահարեն **711** հեռախոսահամարով:

| Այս ձևը լրացնելը կամավոր է:<br>Ձեր գաղտնի պատասխանների հիման վրա ձեզ չեն մերժի խնամքը:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |                                   |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------------------------|----|
| Անդամի անունը՝                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                            | Ծննդյան ամսաթիվ՝    | Medi-Cal-ի նույնականացման համարը՝ |    |
| Հարց                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     | Ընտրեք մեկը՝                      |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     | Այո                               | Ոչ |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     | Գ/Չ                               |    |
| 1.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Ձեր վերջին ատամնաբուժական այցից անցել է ավելի քան 12 ամիս:                                                                                                                                                                                                                 |                     |                                   |    |
| 2.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Ցավ ունե՞ք սառը, տաք կամ քաղցր կերակուրներ ուտելիս:                                                                                                                                                                                                                        |                     |                                   |    |
| 3.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Ատամի ցավոտ ծկթում ունե՞ք:                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |                                   |    |
| 4.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Դուք վարակված ատամ կամ ատամներ ունե՞ք:                                                                                                                                                                                                                                     |                     |                                   |    |
| 5.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Դուք ունե՞ք կոտրված ատամ կամ ատամներ:                                                                                                                                                                                                                                      |                     |                                   |    |
| 6.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Ձեր բերանը չո՞ք է:                                                                                                                                                                                                                                                         |                     |                                   |    |
| 7.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Արդյո՞ք ձեր լնդերն արյունահոսում են խոզանակով կամ թելով մաքրելու ժամանակ:                                                                                                                                                                                                  |                     |                                   |    |
| 8.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Դուք ունե՞ք լնդերի (պարոդոնտալ) բուժում:<br>Եթե այո, վերջին բուժման ամսաթիվը՝                                                                                                                                                                                              |                     |                                   |    |
| 9.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Դուք կրո՞ւմ եք պրոթեզ, թե մասնակի պրոթեզ:                                                                                                                                                                                                                                  |                     |                                   |    |
| 10.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Դուք ներկայումս ստանո՞ւմ եք ճառագայթային կամ քիմիաթերապիա:                                                                                                                                                                                                                 |                     |                                   |    |
| 11.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Դուք հղի՞ եք:                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |                                   |    |
| 12.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Դուք պարբերաբար այցելո՞ւմ եք բժշկի քրոնիկ հիվանդության դեպքում:<br>Եթե այո, նշեք բոլոր համապատասխան դաշտերը՝<br><input type="checkbox"/> Քաղցկեղ <input type="checkbox"/> Շաքարային դիաբետ <input type="checkbox"/> Երիկամային հիվանդություն <input type="checkbox"/> Այլ՝ |                     |                                   |    |
| 13.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Դուք ունե՞ք կամ նույնացնո՞ւմ եք ձեզ հոգեկան կամ ֆիզիկական խանգարումով:                                                                                                                                                                                                     |                     |                                   |    |
| <p><b>Խնդրում ենք</b> լրացված ձևը վերադարձնել կից նախապես վճարված ծրարով կամ փոստով ուղարկել հետևյալ հասցեով՝<br/>Health Net Dental, Attn: Case Management, PO Box 2182 Milwaukee, WI 53201-2182.</p> <p>Եթե կարծում եք, որ Health Net-ի հետ կապվելուց առաջ անհրաժեշտ է այցելել ատամնաբույժի, խնդրում ենք կապվել ձեր ատամնաբուժական կլինիկայի հետ կամ դիմել հիվանդանոցային բուժման:</p> <p><b>Ես հասկանում եմ, որ այս տեղեկատվությունը կտրամադրվի իմ նոր ատամնաբուժական ծրագրին:</b></p> |                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |                                   |    |
| Ստորագրություն՝                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                            | Ստորագրման ամսաթիվ՝ |                                   |    |