

Medi-Cal 口腔健康信息表格



您收到此表格是因为您已注册新的牙科管理式护理计划， Health Net Dental（Health Net）。我们将使用此表格确保您获得所需的护理。

请使用蓝色或黑色笔勾选适用于您的答案。请您家中每一位注册了 Health Net的成员各填写一份表格。如果您有任何问题，请致电 Health Net 免费电话：**1-833-493-0428**。客服代表可于周一至周五，上午8:00至下午5:00与您通话。TDD/TTY 用户请拨打**711**。

填写此表格属于自愿行为。
您提供的保密信息不会影响您获得护理。

会员姓名：		出生日期：		Medi-Cal 身份号码：		
问题				请勾选一项：		
				是	否	不适用
1.	您上次看牙医距离现在是否超过了12个月？					
2.	您在食用冷热或含糖食物时是否感到疼痛？					
3.	您在智齿萌出时是否感到疼痛？					
4.	您是否有感染的牙齿？					
5.	您是否有破损的牙齿？					
6.	您的口腔是否干燥？					
7.	您刷牙或使用牙线时牙龈是否出血？					
8.	您是否接受过任何牙龈（牙周）治疗？ 如果是，上次治疗的日期：					
9.	您是否佩戴假牙或局部义齿？					
10.	您目前是否正在接受放疗或化疗？					
11.	您是否怀孕？					
12.	您是否因慢性疾病定期看医生？ 如果是，请勾选所有适用项： ☐ 癌症 ☐ 糖尿病 ☐ 肾脏疾病 ☐ 其他：					
13.	您是否有或自认为有心理或身体障碍？					
请使用随附的预付邮资信封寄回填写完毕的表格，或邮寄至： Health Net Dental，收件人：Case Management, PO Box 2182 Milwaukee, WI 53201-2182。 如果您认为需要在 Health Net 联系您之前看牙医，请联系您的牙科诊所或前往医院寻求护理。 我了解这些信息将提供给我的新牙科保险计划。						
签名：				签署日期：		