

您收到此表單是因為您已加入新的牙科管理醫療計畫， Health Net Dental（Health Net）。我們將使用此表單以確保您獲得所需的護理。

請勾選答案 以藍色或黑色筆填寫適用於您的選項。為您家中 **每位成員** 填寫一份表單，他們已加入 Health Net。如果您有任何問題，請致電 **Health Net** 免付費電話**1-833-493-0428**。服務代表於週一至週五，上午 8:00 至 下午 5:00 可與您通話。TDD/TTY 使用者請撥打 711。

填寫此表單屬自願性質。 您不會因您保密的回答而被拒絕照護。					
會員姓名：		出生日期：	Medi-Cal ID 號碼：		
問題		請勾選一項：			
		是	否	不適用	
1.	距離您上一次牙科就診是否已超過 12 個月？				
2.	當食用冷、熱或含糖食物時，您是否會感到疼痛？				
3.	您是否有痛性的牙齒萌出？				
4.	您是否有牙齒感染？				
5.	您是否有斷裂的牙齒？				
6.	您的口腔是否乾燥？				
7.	當您刷牙或使用牙線時，您的牙齦是否會出血？				
8.	您是否接受過任何牙齦（牙周）治療？ 若是，最近一次治療日期：				
9.	您是否配戴全口義齒或局部義齒？				
10.	您目前是否正在接受放射治療或化學治療？				
11.	您是否懷孕？				
12.	您是否因慢性病而定期就醫？ 若是，請勾選所有適用項目： ☐ 癌症 ☐ 糖尿病 ☐ 腎臟疾病 ☐ 其他：				
13.	您是否有或自認具有心理或生理障礙？				
請使用隨附的預付郵資信封寄回填妥的表單，或郵寄至： Health Net Dental，收件人：Case Management，PO Box 2182 Milwaukee, WI 53201-2182。 如果您認為在 Health Net 與您聯繫之前需要看牙醫，請聯絡您的牙科診所或前往醫院就診。 本人了解此資訊將會披露給我的新牙科保險計畫。					
簽名：		簽署日期：			