

Форма информации о здоровье полости рта Medi-Cal



Вы получили эту форму, поскольку вы зарегистрировались в новом плане управляемой стоматологической помощи Health Net Dental (Health Net). Мы будем использовать эту форму, чтобы убедиться, что вы получите необходимую помощь.

Пожалуйста, отметьте ответы, которые относятся к вам, синей или черной ручкой. Заполните одну форму на **каждого члена** вашей семьи, который зарегистрирован в Health Net. Если у вас есть вопросы, позвоните в Health Net по бесплатному номеру 1-833-493-0428. Представитель компании готов поговорить с вами с понедельника по пятницу с 8:00 am до 5:00 pm. Пользователям TDD/TTY следует набирать 711.

Заполнение данной формы является добровольным.

Вам не будет отказано в медицинской помощи на основании ваших конфиденциальных ответов.

Имя участника:		Дата рождения:		Идентификационный номер Medi-Cal:		
Вопрос				Отметьте один вариант:		
				Да	Нет	Н/Д
1.	Прошло ли более 12 месяцев с момента вашего последнего визита к стоматологу?					
2.	Возникает ли у вас боль при употреблении холодной, горячей или сладкой пищи?					
3.	У вас болезненное прорезывание зубов?					
4.	Есть ли у вас инфицированный зуб или зубы?					
5.	У вас сломался зуб или зубы?					
6.	У вас сухость во рту?					
7.	Кровоточат ли ваши десны при чистке зубов щеткой или зубной нитью?					
8.	Проводилось ли Вам лечение десен (пародонтита)? <i>Если да, то дата последнего лечения:</i>					
9.	Носите ли вы зубные или частичные протезы?					
10.	Проходите ли вы в настоящее время лучевую или химиотерапию?					
11.	Вы беременны?					
12.	Регулярно ли вы посещаете врача по поводу хронических заболеваний? <i>Если да, отметьте все подходящие варианты:</i> ☐ Рак ☐ Диабет ☐ Заболевание почек ☐ Другое:					
13.	Имеете ли вы или ассоциируете себя с психическим или физическим расстройством?					
Пожалуйста, верните заполненную форму, используя прилагаемый предоплаченный конверт или отправьте по почте по адресу: Health Net Dental, Attn: Case Management, PO Box 2182 Milwaukee, WI 53201-2182. Если вы считаете, что вам необходимо посетить стоматолога до того, как Health Net свяжется с вами, обратитесь в свою стоматологическую клинику или обратитесь за помощью в больницу. Я понимаю, что эта информация будет раскрыта моему новому стоматологическому плану.						
Подпись:				Дата подписания:		