

Formulario de información de salud bucodental de Medi-Cal



Está recibiendo este formulario porque se ha afiliado a un nuevo plan de atención dental administrada, Health Net Dental (Health Net). Use este formulario para asegurarse de recibir la atención necesaria.

Marque las respuestas que le correspondan con bolígrafo azul o negro. Llene un formulario **por cada persona** de su familia que esté inscrita en Health Net. Si tiene preguntas, comuníquese con Health Net a la línea gratuita **1-833-493-0428**. Un representante está disponible para hablar con usted de lunes a viernes, entre las 8 a.m. y las 5 p.m. Los usuarios con TDD/TTY deben marcar **711**.

Completar este formulario es opcional.
No se le denegará la atención en función de sus respuestas confidenciales.

Nombre del afiliado:		Fecha de nacimiento:		Número de ID de Medi-Cal:		
Pregunta				Marque una opción:		
				Sí	No	N/A
1.	¿Han pasado más de 12 meses desde su última visita al dentista?					
2.	¿Siente dolor cuando come alimentos fríos, calientes o azucarados?					
3.	¿Le duele la salida de un diente?					
4.	¿Tiene infección en uno o varios dientes?					
5.	¿Tiene uno o varios dientes fracturados?					
6.	¿Tiene la boca seca?					
7.	¿Le sangran las encías cuando se cepilla o usa el hilo dental?					
8.	¿Se ha sometido a algún tratamiento de las encías (periodontal)? <i>En caso afirmativo, anote la fecha del último tratamiento:</i>					
9.	¿Usa prótesis completas o parciales?					
10.	¿Está recibiendo en el momento radioterapia o quimioterapia?					
11.	¿Está embarazada?					
12.	¿Va regularmente al médico por una enfermedad crónica? <i>En caso afirmativo, marque todos los que apliquen:</i> ☐ Cáncer ☐ Diabetes ☐ Enfermedad renal ☐ Otra:					
13.	¿Tiene o se asocia con una discapacidad mental o física?					
Devuelva el formulario lleno usando el sobre prepagado adjunto o envíelo por correo a: Health Net Dental, Attn: Case Management, PO Box 2182 Milwaukee, WI 53201-2182. Si cree que necesita ver a un dentista antes de que Health Net se comunique con usted, comuníquese con su consultorio dental o busque atención en un hospital. Entiendo que esta información se divulgará a mi nuevo plan dental.						
Firma:				Fecha de la firma:		