

Mẫu Thông Tin Sức Khỏe Nha Khoa Medi-Cal



Quý vị được mẫu này vì đã ghi danh chương trình Chăm Sóc Điều Quản Nha Khoa mới, là Health Net Dental (Health Net). Chúng tôi sẽ dùng mẫu này để bảo đảm quý vị được chăm sóc cần thiết.

Đánh dấu các câu trả lời thích hợp bằng bút màu xanh hoặc đen. Điền một mẫu **cho mỗi người** trong gia đình quý vị đã ghi danh Health Net. Nếu quý vị có thắc mắc, xin gọi số điện thoại miễn phí **1-833-493-0428** của Health Net. Sẽ có người đại diện giải đáp cho quý vị, từ thứ Hai đến thứ Sáu, 8:00 am đến 5:00 pm. Người sử dụng TDD/TTY có thể gọi số **711**.

Điền mẫu này là điều tự nguyện.
Quý vị sẽ không bị từ chối chăm sóc dựa trên các câu trả lời kín đáo của mình.

Tên hội viên:		Ngày sanh:		Số ID Medi-Cal:		
Thắc mắc				Xin đánh dấu vào một ô:		
				Có	Không	Không áp dụng
1.	Có đúng là đã hơn 12 tháng kể từ lần khám nha khoa gần đây nhất của quý vị?					
2.	Quý vị có bị đau khi ăn thực phẩm lạnh, nóng hay có đường không?					
3.	Quý vị có bị đau khi mọc răng không?					
4.	Quý vị có răng bị làm độc không?					
5.	Quý vị có bị gãy răng không?					
6.	Miệng quý vị có khô không?					
7.	Quý vị có bị chảy máu nướu khi đánh răng hay dùng chỉ nha khoa không?					
8.	Quý vị có từng chữa trị nướu (nha chu) chưa? <i>Nếu có, cho biết ngày chữa trị sau cùng:</i>					
9.	Quý vị có đeo răng giả toàn phần hay một phần không?					
10.	Hiện quý vị có đang xạ trị hoặc hóa trị không?					
11.	Quý vị có đang mang thai?					
12.	Quý vị có đến gặp bác sĩ thường kỳ vì bệnh trạng lâu năm không? <i>Nếu có, đánh dấu mọi ô thích hợp:</i> ☐ Ung thư ☐ Tiểu đường ☐ Bệnh thận ☐ Bệnh trạng khác:					
13.	Quý vị có hoặc liên quan đến khuyết tật tinh thần hoặc thể chất không?					
Gửi lại mẫu đã điền bằng cách bỏ vào phong bì trả trước kèm theo hoặc gửi qua thư tín đến: Health Net Dental, Attn: Case Management, PO Box 2182 Milwaukee, WI 53201-2182. Nếu quý vị nghĩ mình cần gặp nha sĩ trước khi Health Net liên lạc, hãy liên lạc với văn phòng nha sĩ của quý vị hoặc đến bệnh viện để được chăm sóc. <i>Tôi hiểu rằng thông tin này sẽ được tiết lộ cho chương trình nha khoa mới của tôi.</i>						
Chữ ký:				Ngày ký:		