



ملء هذا النموذج اختياري. لن يتم حرمانك من الرعاية بناءً على إجاباتك. هذه المعلومات معلومات خاصة.

اسم العضو:	تاريخ الميلاد:	رقم بطاقة التعريف:
------------	----------------	--------------------

يرجى تحديد إجابة واحدة:

1	هل مضى أكثر من 12 شهراً على آخر مرة زرت فيها طبيب الأسنان؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
2	هل تألمك أسنانك عند تناول الأطعمة الباردة، أو الساخنة، أو السكرية؟ *	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
3	هل تشعر بألم في فمك أو لثتك؟ *	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
4	هل لديك سن أو أسنان مصابة؟ *	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
5	هل لديك سن أو أسنان مكسورة؟ *	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
6	هل فمك جاف؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
7	هل تنزف لثتك عند استخدام الفرشاة أو خيط الأسنان؟ *	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
8	هل خضعت لأي علاجات للثة (دواعم الأسنان)؟ إذا كانت الإجابة بنعم، اكتب تاريخ الزيارة الأخيرة: _____	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
9	هل ترتدي أطقم أسنان كاملة أو جزئية؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
10	هل أنت حامل؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
11	هل تزور الطبيب باستمرار من أجل حالة طبية خطيرة؟ إذا كانت الإجابة بنعم، حدد كل ما ينطبق <input type="checkbox"/> السرطان <input type="checkbox"/> السكري <input type="checkbox"/> مرض بالكلية <input type="checkbox"/> غير ذلك: _____	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
12	هل تتلقى حالياً علاجاً إشعاعياً أو كيميائياً؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
13	هل تعاني أو قيل لك أن لديك إعاقة عقلية، أو سلوكية، أو جسدية؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
14	هل ذهبت العام الماضي إلى غرفة الطوارئ بسبب مشاكل في الأسنان؟ إذا كانت الإجابة بنعم، وضح ذلك: _____	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
15	هل هناك أي ظروف غير طبية/اجتماعية من شأنها أن تؤثر على قدرة العضو على الحصول على الرعاية؟ إذا كانت الإجابة بنعم، حدد كل ما ينطبق <input type="checkbox"/> الطعام <input type="checkbox"/> السكن <input type="checkbox"/> التنقل <input type="checkbox"/> غير ذلك: _____	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
16	هل اللغة الإنجليزية هي اللغة الأساسية التي يتم التحدث بها في المنزل؟ إذا لم يكن كذلك، ما هي اللغة المتحدث بها: _____	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
17	أوافق على استقبال رسائل نصية/بريد إلكتروني من خطة LIBERTY Dental Plan للمساعدة في إدارة صحة فمي. الهاتف الخليوي _____ البريد الإلكتروني _____ *إذا كنت تعاني من ألم، أو تورم، أو نزيف، أو إصابة يُرجى التواصل مع LIBERTY للمساعدة الفورية.	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>

أفهم أنه سيتم الكشف عن هذه المعلومات لخطتي الجديدة لطب الأسنان.

توقيع: _____ التاريخ: _____

يرجى إعادة إلى: LIBERTY Dental Plan, P. O. Box 26110, Santa Ana, CA, 92799-6110