



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 لدى العضو طبيب أسنان يزوره باستمرار؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
2	هل يقوم العضو بغسل أسنانه يومياً؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
3	هل أسنان العضو تؤلمه عند تناول الأطعمة الباردة، أو الساخنة، أو السكرية؟*	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
4	هل يعيش العضو في منطقة بها مياه شرب مفلورة؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
5	هل يتناول العضو وجبة خفيفة بين الوجبات؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
6	هل يشرب العضو الكثير من الصودا، أو العصائر، أو مشروبات الطاقة؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
7	هل لدى العضو تسوس أسنان؟*	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
8	هل لدى أحد الوالدين أو الوصي تاريخ من تسوس الأسنان؟ إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى توضيح العلاقة:	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
9	هل تبدو أسنان العضو وكأنها تحتوي على مادة غشائية تسمى الترسبات؟*	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
10	هل يذهب العضو إلى الفراش مع زجاجة حليب، أو عصير، أو مشروب آخر؟*	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
11	هل العضوة حامل؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
12	هل يزور العضو 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"/>
13	هل لدى العضو احتياجات رعاية صحية خاصة؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
14	هل تم إخبار العضو بأنه يعاني من إعاقة عقلية، أو سلوكية، أو جسدية؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
15	هل ذهب العضو إلى غرفة الطوارئ بسبب مشاكل في الأسنان العام الماضي؟ إذا كانت الإجابة بنعم، وضح ذلك:	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
16	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"/>
17	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"/>
18	أوافق على استقبال رسائل نصية/بريد إلكتروني من خطة Liberty Dental Plan للمساعدة في إدارة صحة فمي. الهاتف الخليوي _____ البريد الإلكتروني _____	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>

*إذا كنت تعاني من ألم، أو تورم، أو نزيف، أو إصابة يُرجى التواصل مع LIBERTY للمساعدة الفورية.

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

التاريخ:

توقيع:

إذا لم يتم التوقيع عليه من قبل المنتسب، يرجى اختيار أحد الخيارات: والدا القاصر الوصي ممثل آخر

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