



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