



Այս ձևը լրացնելը կամավոր է: Ձեր պատասխանների հիման վրա ձեզ չեն մերժի ինսամբը: Այս տեղեկատվությունը գաղտնի է:

Անդամի անունը՝	Ծննդյան ամսաթիվ՝	ID համար՝
----------------	------------------	-----------

Խնդրում ենք նշել մեկը.

1	Արդյո՞ք 12 ամսից ավելի է անցել այն օրվանից, երբ վերջին անգամ այցելել եք ատամնաբույժի:	Այո <input type="checkbox"/>	Ոչ <input type="checkbox"/>
2	Ձեր ատամները ցավում են սառը, տաք կամ քաղցր կերակուրներ ուտելիս: *	Այո <input type="checkbox"/>	Ոչ <input type="checkbox"/>
3	Բերանի կամ լնդերի ցավ ունե՞ք: *	Այո <input type="checkbox"/>	Ոչ <input type="checkbox"/>
4	Դուք ունե՞ք վարակված ատամ կամ ատամներ: *	Այո <input type="checkbox"/>	Ոչ <input type="checkbox"/>
5	Դուք ունե՞ք կոտրված ատամ կամ ատամներ: *	Այո <input type="checkbox"/>	Ոչ <input type="checkbox"/>
6	Ձեր բերանը չո՞ր է:	Այո <input type="checkbox"/>	Ոչ <input type="checkbox"/>
7	Արդյո՞ք ձեր լնդերն արյունահոսում են, երբ խոզանակ կամ ատամնաթել եք օգտագործում: *	Այո <input type="checkbox"/>	Ոչ <input type="checkbox"/>
8	Լնդերի (պարոդոնտալ) բուժում անցե՞լ եք:.....	Այո <input type="checkbox"/>	Ոչ <input type="checkbox"/>
9	Եթե այո, նշեք վերջին այցելության ամսաթիվը՝ _____		
10	Դուք կրու՞մ եք ամբողջական կամ մասնակի պրոթեզներ:	Այո <input type="checkbox"/>	Ոչ <input type="checkbox"/>
11	Դուք հոդի՞ եք:	Այո <input type="checkbox"/>	Ոչ <input type="checkbox"/>
12	Դուք հաճախակի՞ եք դիմում բժշկի լուրջ առողջական վիճակի համար:	Այո <input type="checkbox"/>	Ոչ <input type="checkbox"/>
13	Եթե այո, նշեք բոլոր կիրառելիները՝ <input type="checkbox"/> քաղցկեղ <input type="checkbox"/> շաքարախտ <input type="checkbox"/> երիկամի հիվանդություն <input type="checkbox"/> Այլ՝ _____		
14	Դուք ներկայումս ստանու՞մ եք ճառագայթային կամ քիմիաթերապիա:	Այո <input type="checkbox"/>	Ոչ <input type="checkbox"/>
15	Դուք ունե՞ք կամ ձեզ ասե՞լ են, որ մտավոր, վարքային կամ ֆիզիկական հաշմանդամություն ունեք:	Այո <input type="checkbox"/>	Ոչ <input type="checkbox"/>
16	Անցած տարվա ընթացքում այցելե՞լ եք շտապ օգնության բաժանմունք ատամնաբուժական ինդիքների համար:	Այո <input type="checkbox"/>	Ոչ <input type="checkbox"/>
17	Եթե այո, բացատրեք՝ _____		
18	Կա՞ն որևէ ոչ բժշկական/սոցիալական պայմաններ, որոնք կարող են ազդել անդամի ինսամբ ստանալու ունակության վրա:	Այո <input type="checkbox"/>	Ոչ <input type="checkbox"/>
19	Եթե այո, նշեք բոլոր կիրառելիները՝ <input type="checkbox"/> սնունդ <input type="checkbox"/> կացարան <input type="checkbox"/> փոխադրում <input type="checkbox"/> Այլ՝ _____		
20	Արդյո՞ք անգլերենը տանը խոսվող հիմնական լեզուն է:	Այո <input type="checkbox"/>	Ոչ <input type="checkbox"/>
21	Եթե ոչ, ինչ լեզվով եք խոսում՝ _____		
22	Ես համաձայնում եմ ստանալ տեքստային/Էլ. հաղորդագրություններ LIBERTY Dental Plan-ից՝ օգնելու կառավարել իմ բերանի խոռոչի առողջությունը: Բջջային հեռախոս _____ Էլ. հասցե _____	Այո <input type="checkbox"/>	Ոչ <input type="checkbox"/>

**Եթե ունեք ցավ, այտուց, արյունահոսություն կամ վարակ, դիմեք LIBERTY-ին անհապաղ օգնության համար:*

Ես հասկանում եմ, որ այս տեղեկատվությունը կներկայացվի իմ նոր ատամնաբուժական ծրագրին:
Ստորագրություն՝ _____ Ամսաթիվ՝ _____

Խնդրում ենք վերադարձնել հետևյալ հասցեով՝ LIBERTY Dental Plan, P. O. Box 26110, Santa Ana, CA, 92799-6110