



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	Անդամն ունի՞ ատամնաբույժ, որին հաճախ է այցելում:.....	Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/>
2	Արդյո՞ք անդամն ամեն օր լվանում է ատամները:	Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/>
3	Արդյո՞ք անդամի ատամները ցավում են սառը, տաք կամ քաղցր կերակուրներ ուտելիս:*	Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/>
4	Արդյո՞ք անդամն ապրում է ֆտորացված խմելու ջրով տարածքում:	Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/>
5	Արդյո՞ք անդամը նախուտեսներ է ուտում ճաշերի միջև:	Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/>
6	Արդյո՞ք անդամը շատ գազավորված ըմպելիք, հյութեր կամ էներգետիկ ըմպելիքներ է խմում:	Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/>
7	Անդամն ունի՞ կարիես: *	Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/>
8	Ծնողը կամ ինսամակալը կարիեսի պատմություն ունի՞:..... Եթե այո, հարաբերությունը՝ _____	Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/>
9	Արդյո՞ք անդամի ատամներն ունեն թաղանթապատ նյութ, որը կոչվում է ատամի նստվածք: *	Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/>
10	Արդյո՞ք անդամը գնում է քնելու մի շիշ կաթի, հյութի կամ այլ խմիչքի հետ: *	Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/>
11	Արդյո՞ք անդամը հղի է:	Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/>
12	Արդյո՞ք անդամը հաճախ է դիմում բժշկի լուրջ առողջական վիճակի համար:..... Եթե այո, նշեք բոլոր կիրառելիները՝ <input type="checkbox"/> քաղցկեղ <input type="checkbox"/> շաքարախտ <input type="checkbox"/> երիկամի հիվանդություն <input type="checkbox"/> այլ՝ _____	Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/>
13	Արդյո՞ք անդամն ունի հատուկ առողջապահական կարիքներ:.....	Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/>
14	Արդյո՞ք անդամին ասվել է, որ նա ունի մտավոր, վարքային կամ ֆիզիկական հաշմանդամություն:	Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/>
15	Անդամը անցած տարում այցելե՞լ է շտապ օգնության բաժանմունք ատամնաբուժական խնդիրների համար:	Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/>
	Եթե այո, բացատրեք՝ _____	
16	Կա՞ն որևէ ոչ բժշկական/սոցիալական պայմաններ, որոնք կարող են ազդել անդամի ինսամբ ստանալու ունակության վրա:	Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/>
	Եթե այո, նշեք բոլոր կիրառելիները՝ <input type="checkbox"/> սնունդ <input type="checkbox"/> կացարան <input type="checkbox"/> փոխադրում <input type="checkbox"/> այլ՝ _____	
17	Արդյո՞ք անգլերենը տանը խոսվող հիմնական լեզուն է:.....	Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/>
	Եթե ոչ, ինչ լեզվով եք խոսում՝ _____	
18	Ես համաձայնում եմ ստանալ տեքստային/Էլ. հաղորդագրություններ LIBERTY Dental Plan-ից՝ օգնելու կառավարել իմ բերանի խոռոչի առողջությունը:	Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/>
	Բջջային հեռախոս _____ Էլ.հասցե _____	

**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՝ _____

Եթե ստորագրված չէ անդամագրված անձի կողմից, խնդրում ենք ընտրել մեկը.

Անչափահասի ծնող Ինսամակալ Այլ ներկայացուցիչ

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