



پر کردن این فرم داوطلبانه می باشد. بر اساس پاسخها، شما از دریافت مراقبت منع نخواهید شد. این اطلاعات محرمانه می باشد.

نام عضو:	تاریخ تولد:	شماره شناسایی:
----------	-------------	----------------

لطفاً یکی را علامت بزنید.

1	آیا عضو دارای دندانپزشکی می باشد که اغلب با او ملاقات میکند؟	.....	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
2	آیا عضو هر روز دندان خود را مسواک میزند؟	.....	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
3	آیا دندان عضو به هنگام خوردن خوراکی سرد، گرم یا شیرین درد میکند؟*	.....	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
4	آیا عضو در منطقه ای با آب آشامیدنی دارای فلوراید زندگی میکند؟	.....	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
5	آیا عضو بین وعده های اصلی غذا میان وعده میخورد؟	.....	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
6	آیا عضو آب گازدار، آب میوه یا نوشیدنی های انرژی زا زیاد مصرف میکند؟	.....	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
7	آیا دندان عضو دچار کرم خوردگی می باشد؟*	.....	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
8	آیا والد یا سرپرست سابقه کرم خوردگی دندان داشته است؟ در صورتی که پاسخ مثبت است نسبت (ها):	.....	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
9	آیا به نظر می رسد دندان عضو دارای یک ماده به نام پلاک می باشد؟*	.....	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
10	آیا عضو قبل از رفتن به رختخواب یک لیوان شیر، آب میوه یا نوشیدنی های دیگر مصرف میکند؟*	.....	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
11	آیا عضو باردار می باشد؟	.....	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
12	آیا عضو برای وضعیت پزشکی جدی به طور منظم با یک پزشک ملاقات می کند؟ در صورتی که پاسخ مثبت از کلیه موارد را علامت بزنید: □ سرطان □ دیابت □ کلیوی بیماری □ غیره: _____	.....	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
13	آیا عضو نیازمند مراقبت سلامت ویژه می باشد؟	.....	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
14	آیا به عضو گفته شده که دچار ناتوانی روانی، رفتاری یا فیزیکی بوده است؟	.....	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
15	آیا عضو برای مشکلات دندان در سال گذشته به اورژانس مراجعه کرده است؟ در صورتی که پاسخ مثبت است، توضیح دهید:	.....	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
16	آیا وضعیت غیرپزشکی/اجتماعی وجود دارد که بر روی توانایی عضو در دریافت مراقبت تاثیر بگذارد؟ در صورتی که پاسخ مثبت است، کلیه موارد صادق را علامت بزنید: □ غذا □ مسکن □ رفت و آمد □ غیره: _____	.....	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
17	آیا انگلیسی زبان اصلی صحبت شده در خانه می باشد؟ در صورتی که پاسخ منفی است، به چه زبانی صحبت میکنید:	.....	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
18	من با دریافت پیام متنی/ایمیل از طرف LIBERTY Dental Plan برای کمک به مدیریت سلامت دهان خود موافقت مینمایم. _____ تلفن همراه _____ ایمیل _____	.....	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>

\* در صورتی که دچار درد، تورم، خونریزی یا عفونت شدید، لطفاً برای دریافت کمک فوری با LIBERTY تماس بگیرید.

من آگاه هستم که این اطلاعات به طرح دندانپزشکی من داده خواهد شد.

امضاء: \_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_

در صورتی که توسط فرد ثبت نام شده امضا نشده است، یکی از این موارد را علامت بزنید: □ والد فرد خردسال □ سرپرست □ نماینده دیگر

لطفاً بازگردانده شود به: LIBERTY Dental Plan, P. O. Box 26110, Santa Ana, CA, 92799-6110