



자발적으로 본 양식을 작성하시면 됩니다. 답변에 따라 치료가 거부되지 않습니다. 본 정보는 비공개됩니다.

가입자의 이름:	생년월일:	ID 번호:
----------	-------	--------

하나의 답변을 체크해 주십시오:

1	가입자가 자주 방문해서 진료를 받는 치과 의사가 있습니까?	예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/>
2	가입자는 매일 이를 닦습니까?.....	예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/>
3	가입자가 찬 음식, 뜨거운 음식, 단 음식을 먹을 때 치아에 통증이 있습니까?*	예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/>
4	가입자는 불소화된 식수를 사용하는 지역에 살고 있습니까?	예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/>
5	가입자는 식사 전후로 간식을 먹습니까?.....	예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/>
6	가입자가 탄산음료, 주스 또는 에너지 드링크를 많이 마십니까?.....	예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/>
7	가입자는 충치가 있습니까?*	예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/>
8	부모나 보호자에게 충치 병력이 있습니까?..... 예라고 응답한 경우, 관계: _____	예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/>
9	가입자의 치아에 플라그라고 하는 막이 있는 것처럼 보입니까?*	예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/>
10	가입자는 잠들기 전에 우유, 주스 또는 기타 음료를 마십니까?*	예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/>
11	가입자가 임신했습니까?	예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/>
12	가입자는 심각한 질병으로 의사의 진료를 자주 받습니까?..... 예라고 응답한 경우, 해당되는 사항을 모두 선택하십시오 <input type="checkbox"/> 암 <input type="checkbox"/> 당뇨병 <input type="checkbox"/> 신장병 <input type="checkbox"/> 기타: _____	예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/>
13	가입자에게 특별한 의료 관리가 필요합니까?.....	예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/>
14	정신적, 행동적, 신체적 장애가 있거나 진단을 받은 적이 있습니까?	예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/>
15	가입자는 지난 1년 동안 치과 문제로 응급실에 간 경험이 있습니까?	예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/>
	예라고 응답한 경우, 자세히 설명해 주시기 바랍니다. _____	
16	가입자의 비의료/사회적 조건이 진료 받는 것에 영향을 미칩니까?..... 예라고 응답한 경우, 해당되는 사항을 모두 선택하십시오. <input type="checkbox"/> 음식 <input type="checkbox"/> 주택 <input type="checkbox"/> 교통 <input type="checkbox"/> 기타: _____	예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/>
17	집에서 주로 사용하는 언어가 영어입니까?..... 그렇지 않은 경우 집에서 사용하는 언어: _____	예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/>
18	나는 구강 건강 관리에 도움이 되는 LIBERTY Dental Plan의 문자/이메일 메시지를 받는 데 동의합니다. 휴대 전화 _____ 이메일 주소 _____	예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/>

*통증, 부기, 출혈 또는 염증이 있는 경우 LIBERTY 에 연락하여 즉각적인 지원을 받으십시오.

나는 본 정보가 새로운 치과 플랜에 제공될 것임을 인지하고 있습니다.

서명(Signature): _____ 날짜: _____

가입자가 서명하지 않은 경우 다음 중 하나를 선택하십시오. 미성년자의 부모 보호자 기타

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