



Заполнять эту форму необязательно. Ваши ответы не будут служить основанием для отказа в медицинской помощи. Полученные данные будут сохранены в тайне.

Имя и фамилия участника:	Дата рождения:	Идентификационный номер:
--------------------------	----------------	--------------------------

Отметьте один вариант:

1	У участника есть постоянный стоматолог? .....	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
2	Участник чистит зубы каждый день? .....	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
3	У участника болят зубы от холодной, горячей или сладкой пищи?* .....	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
4	Участник проживает в местности с фторированной питьевой водой? .....	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
5	Участник перекусывает между основными приемами пищи? .....	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
6	Участник часто употребляет газированные напитки, соки и энергетики? .....	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
7	У участника есть кариес?* .....	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
8	В анамнезе родителя или опекуна участника есть кариес? .....	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	Если да, укажите степень родства _____		
9	На зубах участника замечен зубной налет?* .....	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
10	Участник засыпает с бутылочкой молока, сока или другого напитка?* .....	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
11	Участница беременна? .....	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
12	У участника есть серьезные заболевания, требующие частого обращения к врачу? .....	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	Если да, укажите все подходящие варианты: <input type="checkbox"/> рак <input type="checkbox"/> диабет <input type="checkbox"/> болезнь почек <input type="checkbox"/> другое: _____		
13	У участника есть особые медицинские потребности? .....	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
14	Участнику говорили, что он является лицом с ограниченными умственными либо физическими возможностями или поведенческими расстройствами? .....	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
15	За прошедший год участник обращался в отделение экстренной медицинской помощи со стоматологическими проблемами? .....	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	Если да, поясните: _____		
16	Существуют ли факторы немедицинского/социального характера, способные воспрепятствовать обращению участника за медицинской помощью? .....	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	Если да, отметьте все подходящие варианты: <input type="checkbox"/> питание <input type="checkbox"/> жилье <input type="checkbox"/> транспорт <input type="checkbox"/> другое: _____		
17	Дома вы говорите преимущественно по-английски? .....	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	Если нет, укажите язык домашнего общения: _____		
18	Я даю согласие на получение сообщений профилактического характера от плана стоматологического обслуживания LIBERTY Dental Plan в СМС или по электронной почте. Сотовый телефон: _____ Эл. почта: _____	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	<i>* При зубной боли, отеках, кровотечении или воспалении немедленно обращайтесь за помощью в LIBERTY.</i>		

**Я понимаю, что эти сведения будут переданы моему новому плану стоматологического обслуживания.**

Подпись: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Если участник не подписывает форму самостоятельно, отметьте нужный вариант:

Родитель несовершеннолетнего       Опекун       Другой представитель

Отправьте заполненную форму по адресу: LIBERTY Dental Plan, P. O. Box 26110, Santa Ana, CA, 92799-6110