



Completar este formulario es voluntario. No se le denegará atención en función de sus respuestas. Esta información es privada.

Nombre del miembro:	Fecha de nacimiento:	Número de ID:
---------------------	----------------------	---------------

Marque una opción:

1	¿Han pasado más de 12 meses desde su última consulta dental?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2	¿Le duelen los dientes al comer alimentos fríos, calientes o azucarados?*	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3	¿Siente dolor en la boca o encías?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4	¿Tiene un diente o dientes infectados?*	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
5	¿Tiene un diente o dientes rotos?*	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
6	¿Tiene la boca seca?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
7	¿Le sangran las encías cuando se cepilla o usa hilo dental?*	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
8	¿Ha tenido algún tratamiento de las encías (periodontal)?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	De ser el caso, mencione la fecha de la última visita: _____	
9	¿Utiliza dentaduras postizas completas o parciales?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
10	¿Está embarazada?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
11	¿Consulta con un médico regularmente por alguna afección médica grave?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	En caso afirmativo, seleccione todas las opciones que correspondan:	
	<input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedades en los riñones <input type="checkbox"/> Otros: _____	
12	¿Está recibiendo actualmente radiación o quimioterapia?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
13	¿Tiene o le han dicho que tiene una discapacidad mental, de comportamiento, o física?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
14	¿Estuvo en la sala de emergencias por problemas dentales el año pasado?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	En caso afirmativo, explique. _____	
15	¿Existen condiciones no médicas/sociales que afecten la capacidad del miembro para recibir atención?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	En caso afirmativo, seleccione todas las opciones que correspondan:	
	<input type="checkbox"/> Alimentación <input type="checkbox"/> Vivienda <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Otros: _____	
16	¿Es el inglés el idioma principal que se habla en casa?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	De no ser el caso, qué idioma se habla: _____	
17	Doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto y de correo electrónico de LIBERTY Dental Plan para ayudar a controlar mi salud bucal.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Celular _____ Correo electrónico _____	

**Si tiene dolor, hinchazón, sangrado o infección, llame a LIBERTY para recibir asistencia inmediata.*

Entiendo que esta información se divulgará con mi nuevo plan dental.

Firma: _____ Fecha: _____

Devuelva este formulario a: LIBERTY Dental Plan, P. O. Box 26110, Santa Ana, CA, 92799-6110