



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	¿Tiene el miembro un dentista que lo atiende a menudo?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2	¿El miembro se lava los dientes todos los días?.....	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3	¿Al miembro le duelen los dientes al comer alimentos fríos, calientes o azucarados?*	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4	¿El miembro vive en un área con agua potable fluorada?.....	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
5	¿El miembro come entre comidas?.....	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
6	¿El miembro bebe muchos refrescos, jugos o bebidas energizantes?.....	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
7	¿El miembro tiene caries?*	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
8	¿Alguno de sus padres o tutor tiene antecedentes de caries?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	En caso afirmativo, indique la relación(es):_____	
9	¿Los dientes del miembro lucen como si tuvieran una materia fina llamada placa?*	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
10	¿El miembro se va a acostar con una biberón con leche, jugo u otra bebida?*	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
11	¿El miembro se encuentra gestando?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
12	¿Consulta el miembro 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:_____	
13	¿El miembro tiene necesidades especiales de atención médica?.....	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
14	¿Se le ha dicho al miembro que tiene una discapacidad mental, conductual o física?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
15	¿Estuvo el miembro en la sala de emergencias por un problema dental el año pasado?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	En caso afirmativo, explique._____	
16	¿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:_____	
17	¿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: _____	
18	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: _____

Si no está firmado por el afiliado, seleccione una opción: Padre del menor Tutor Otro representante

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