



Ang pagsagot sa form na ito ay boluntaryo. Hindi ka tatanggihan ng pangangalaga batay sa iyong mga sagot. Pribado ang impormasyong ito.

Pangalan ng Miyembro:	Petsa ng Kapanganakan:	Numero ng ID:
-----------------------	------------------------	---------------

Pakilagyan ng tsek ang isa:

1 Mahigit 12 buwan na ba mula noong huli kang nagpatingin sa dentista?.....	Oo ☐ Hindi ☐
2 Sumasakit ba ang iyong mga ngipin kapag kumakain ng malamig, mainit, o matamis na pagkain?*	Oo ☐ Hindi ☐
3 May sumasakit ba sa iyong bibig o gilagid?*	Oo ☐ Hindi ☐
4 Mayroon ka bang impektadong ngipin o mga ngipin?*	Oo ☐ Hindi ☐
5 Mayroon ka bang basag na ngipin o mga ngipin?*	Oo ☐ Hindi ☐
6 Tuyo ba ang iyong bibig?	Oo ☐ Hindi ☐
7 Dumudugo ba ang iyong gilagid kapag nagsipilyo o nag-floss ka?*	Oo ☐ Hindi ☐
8 Nagkaroon ka na ba ng anumang paggamot sa gilagid (periodontal)?..... Kung oo, ilista ang petsa ng huling pagbisita: _____	Oo ☐ Hindi ☐
9 Nagsusuot ka ba ng buo o bahagyang pekeng ngipin?	Oo ☐ Hindi ☐
10 Buntis ka ba?.....	Oo ☐ Hindi ☐
11 Madalas ka bang nagpapatingin sa doktor para sa isang matagal nang kondisyong medikal?	Oo ☐ Hindi ☐
Kung oo, piliin ang lahat ng naaangkop: ☐ cancer ☐ diabetes ☐ sakit sa bato ☐ Iba pa: _____	
12 Kasalukuyan ka bang tumatanggap ng radiation o chemotherapy?.....	Oo ☐ Hindi ☐
13 Mayroon ka ba o nasabihan ba na mayroon kang kapansanan sa pag-iisip, pag-uugali, o pisikal?	Oo ☐ Hindi ☐
14 Nagpunta ka ba sa emergency room para sa mga problema sa ngipin nitong nakaraang taon?	Oo ☐ Hindi ☐
Kung oo, ipaliwanag: _____	
15 Mayroon bang anumang kundisyong hindi medikal/panlipunan na makakaapekto sa kakayahan ng miyembro na makakuha ng pangangalaga?.....	Oo ☐ Hindi ☐
Kung oo, piliin ang lahat ng naaangkop: ☐ pagkain ☐ pabahay ☐ transportasyon ☐ Iba pa: _____	
16 English ba ang pangunahing wikang sinasalita sa bahay?.....	Oo ☐ Hindi ☐
Kung hindi, anong wika ang sinasalita: _____	
17 Pumapayag akong makatanggap ng mga mensaheng text/email mula sa LIBERTY Dental Plan para makatulong na pamahalaan ang aking oral na kalusugan.	Oo ☐ Hindi ☐
Cell Phone _____ Email _____	
*Kung mayroon kang pananakit, pamamaga, pagdurugo, o impeksyon, mangaring makipag-ugnayan sa LIBERTY para sa agarang tulong.	

Naiintindihan ko na ang impormasyong ito ay ipapakita sa aking bagong dental plan.

Lagda: _____ Petsa: _____

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