



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	May dentista ba ang miyembro na madalas nilang makita?.....	Oo <input type="checkbox"/>	Hindi <input type="checkbox"/>
2	Araw-araw bang nagsisipilyo ng ngipin ang miyembro?.....	Oo <input type="checkbox"/>	Hindi <input type="checkbox"/>
3	Sumasakit ba ang ngipin ng miyembro kapag kumakain ng malamig, mainit, o matamis na pagkain?*	Oo <input type="checkbox"/>	Hindi <input type="checkbox"/>
4	Nakatira ba ang miyembro sa isang lugar na may fluoridated na inuming tubig?.....	Oo <input type="checkbox"/>	Hindi <input type="checkbox"/>
5	Nagmeryenda ba ang miyembro sa pagitan ng mga pagkain?.....	Oo <input type="checkbox"/>	Hindi <input type="checkbox"/>
6	Umiinom ba ang miyembro ng maraming soda, juice, o energy drink?.....	Oo <input type="checkbox"/>	Hindi <input type="checkbox"/>
7	May cavities ba ang miyembro?*	Oo <input type="checkbox"/>	Hindi <input type="checkbox"/>
8	May kasaysayan ba ng mga cavity ang isang magulang o tagapag-alaga?..... Kung oo, (mga) relasyon: _____	Oo <input type="checkbox"/>	Hindi <input type="checkbox"/>
9	Ang mga ngipin ba ng miyembro ay may bagay na parang film na tinatawag na plaque?* ...	Oo <input type="checkbox"/>	Hindi <input type="checkbox"/>
10	Natutulog ba ang miyembro na may dalang bote ng gatas, juice, o iba pang inumin?*	Oo <input type="checkbox"/>	Hindi <input type="checkbox"/>
11	Buntis ba ang miyembro?.....	Oo <input type="checkbox"/>	Hindi <input type="checkbox"/>
12	Madalas bang nagpapatingin sa doktor ang miyembro para sa isang seryosong kondisyong medikal? Kung oo, piliin ang lahat ng naaangkop: <input type="checkbox"/> cancer <input type="checkbox"/> diabetes <input type="checkbox"/> sakit sa bato <input type="checkbox"/> iba pa: _____	Oo <input type="checkbox"/>	Hindi <input type="checkbox"/>
13	May espesyal na pangangailangan ba ang miyembro sa pangangalaga sa kalusugan?.....	Oo <input type="checkbox"/>	Hindi <input type="checkbox"/>
14	Nasabihan ba ang miyembro na mayroon silang kapansanan sa pag-iisip, pag-uugali, o pisikal?	Oo <input type="checkbox"/>	Hindi <input type="checkbox"/>
15	Nagpunta ba ang miyembro sa emergency room para sa mga problema sa ngipin nitong nakaraang taon? Kung oo, ipaliwanag: _____	Oo <input type="checkbox"/>	Hindi <input type="checkbox"/>
16	Mayroon bang anumang kundisyong hindi medikal/panlipunan na makakaapekto sa kakayahan ng miyembro na makakuha ng pangangalaga?..... Kung oo, piliin ang lahat ng naaangkop: <input type="checkbox"/> pagkain <input type="checkbox"/> pabahay <input type="checkbox"/> transportasyon <input type="checkbox"/> iba pa: _____	Oo <input type="checkbox"/>	Wala <input type="checkbox"/>
17	English ba ang pangunahing wikang sinasalita sa bahay?..... Kung hindi, anong wika ang sinasalita: _____	Oo <input type="checkbox"/>	Hindi <input type="checkbox"/>
18	Pumapayag akong makatanggap ng mga mensaheng text/email mula sa LIBERTY Dental Plan para makatulong na pamahalaan ang aking oral na kalusugan. Cell Phone _____ Email Address _____	Oo <input type="checkbox"/>	Hindi <input type="checkbox"/>

**Kung mayroon kang pananakit, pamamaga, pagdurugo, o impeksyon mangyaring makipag-ugnayan sa LIBERTY para sa agarang tulong.*

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

Lagda: _____ Petsa: _____

Kung hindi pinirmahan ng naka-enroll, mangyaring pumili ng isa: Magulang ng menor de edad
Tagapag-alaga Iba pang kinatawan

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