



Điền đơn này là việc làm tự nguyện. Quý vị sẽ không bị từ chối chăm sóc dựa trên các câu trả lời của mình. Thông tin này sẽ được giữ kín.

Tên của Hội Viên:	Ngày sinh:	Số ID:
-------------------	------------	--------

Xin vui lòng đánh dấu vào một chỗ:

1	Lần mới nhất quý vị đi khám với nha sĩ cách đây đã hơn 12 tháng chưa?	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
2	Quý vị có bị đau răng khi ăn đồ lạnh, nóng, hay đồ ngọt không?*	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
3	Quý vị có bị đau trong miệng hoặc ở nướu răng không?*	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
4	Quý vị có răng nào bị nhiễm trùng hay không?*	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
5	Quý vị có răng nào bị bể hay không?*	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
6	Miệng quý vị có bị khô không?	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
7	Nướu răng của quý vị có bị chảy máu khi quý vị đánh răng hay dùng chỉ nha khoa không?*	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
8	Quý vị có được chữa trị nướu răng (nha chu) bao giờ chưa?	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
	Nếu có, xin vui lòng ghi ngày đến khám mới nhất: _____	
9	Quý vị có đeo răng giả toàn phần hay bán phần hay không?	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
10	Quý vị hiện có mang thai hay không?	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
11	Quý vị có thường xuyên đi khám với bác sĩ cho một bệnh trạng nghiêm trọng nào không?	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
	Nếu có, chọn tất cả các bệnh của quý vị: <input type="checkbox"/> ung thư <input type="checkbox"/> tiểu đường <input type="checkbox"/> bệnh thận <input type="checkbox"/> Bệnh khác: _____	
12	Quý vị hiện nay có đang được xạ trị hay hóa trị không?	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
13	Quý vị có hay được cho biết là có khuyết tật về tâm thần, hành vi, hay thể trạng hay không?	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
14	Trong năm vừa rồi, quý vị có bị đi cấp cứu vì bệnh răng miệng hay không?	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
	Nếu có, xin giải thích: _____	
15	Có bất kỳ tình trạng nào về xã hội/không liên quan tới y khoa có thể ảnh hưởng tới khả năng được chăm sóc của hội viên không?	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
	Nếu có, chọn tất cả những gì thích hợp: <input type="checkbox"/> thực phẩm <input type="checkbox"/> nhà ở <input type="checkbox"/> đi lại <input type="checkbox"/> Tình trạng khác: _____	
16	Có phải tiếng Anh là ngôn ngữ chính ở nhà quý vị không?	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
	Nếu không phải, ở nhà quý vị nói ngôn ngữ nào: _____	
17	Tôi đồng ý nhận tin nhắn/email của Chương Trình Bảo Hiểm Nha Khoa LIBERTY để giúp quản lý sức khỏe răng miệng của mình.	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
	Điện Thoại Cầm Tay _____ Email _____	

**Nếu quý vị bị đau, sưng, chảy máu, hoặc nhiễm trùng, xin liên lạc với LIBERTY để được giúp đỡ ngay.*

Tôi hiểu rằng thông tin này sẽ được tiết lộ cho chương trình bảo hiểm nha khoa mới của mình.

Chữ ký: _____ Ngày: _____

Vui lòng gửi về: LIBERTY Dental Plan, P. O. Box 26110, Santa Ana, CA, 92799-6110