



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	Hội viên có một nha sĩ mà họ thường đến khám hay không?.....	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
2	Hội viên có đánh răng mỗi ngày hay không?.....	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
3	Hội viên có bị đau răng khi ăn đồ lạnh, nóng, hay đồ ngọt không?*	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
4	Hội viên có sinh sống ở vùng nước uống có chất fluoride hay không?	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
5	Hội viên có ăn bữa lữ giữa các bữa ăn chính hay không?	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
6	Hội viên có uống nhiều nước ngọt, nước trái cây, hay nước uống năng lượng không?	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
7	Hội viên có bị sâu răng không?*	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
8	Bố mẹ hay người giám hộ có tiền sử sâu răng không?.....	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
	Nếu có, (các) mối quan hệ với hội viên là gì: _____	
9	Răng của hội viên có lớp màng bọc ngoài gọi là mảng bám hay không?*	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
10	Hội viên có mang theo bình sữa, nước trái cây, hay loại nước uống khác lúc lên giường đi ngủ hay không?*	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
11	Hội viên có đang mang thai hay không?.....	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
12	Hội viên có thường xuyên đi khám với bác sĩ cho một bệnh trạng nghiêm trọng nào không? Nếu có, chọn tất cả các bệnh của hội viên: <input type="checkbox"/> ung thư <input type="checkbox"/> tiểu đường <input type="checkbox"/> bệnh thận <input type="checkbox"/> bệnh khác: _____	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
13	Hội viên có các nhu cầu chăm sóc y tế đặc biệt hay không?.....	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
14	Hội viên 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"/>
15	Trong năm vừa rồi, hội viên có bị đi cấp cứu vì bệnh răng miệng hay không?.....	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
	Nếu có, xin giải thích: _____	
16	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: _____	
17	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: _____	
18	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 _____ Địa Chỉ 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: _____
 Nếu người ghi danh vào chương trình không ký biểu mẫu này, xin vui lòng chọn một: Phụ huynh của trẻ vị thành niên Người giám hộ Đại diện khác

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