

Formulario de Evaluación de riesgos de salud bucal para adultos

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 identificación:
---------------------	----------------------	---------------------------

Marque una opción:

1. ¿Han pasado más de 12 meses desde su última consulta dental? Sí No
2. ¿Le duelen los dientes al comer alimentos fríos, calientes o azucarados? * Sí No
3. ¿Siente dolor en la boca o encías? * Sí No
4. ¿Tiene un diente o dientes infectados? * Sí No
5. ¿Tiene un diente o dientes rotos? * Sí No
6. ¿Tiene la boca seca? Sí No
7. ¿Le sangran las encías cuando se cepilla o usa hilo dental? * Sí No
8. ¿Ha tenido algún tratamiento de las encías (periodontal)? Sí No
De ser el caso, mencione la fecha de la última consulta: _____
9. ¿Utiliza dentaduras postizas completas o parciales? Sí No
10. ¿Está embarazada? Sí No
11. ¿Consulta un médico regularmente por alguna afección médica grave? Sí No
En caso afirmativo, marque todas las opciones que correspondan: Cáncer Diabetes
 Enfermedades renales Otros: _____
12. ¿Está recibiendo actualmente radiación o quimioterapia? Sí No
13. ¿Tiene o le han dicho que tiene una discapacidad mental, de comportamiento, o física? Sí No
14. ¿Estuvo en la sala de emergencias por problemas dentales en el último año? Sí No
En caso afirmativo, explique: _____
15. ¿Existen condiciones no médicas/sociales que afecten la capacidad del miembro para recibir atención? Sí No
En caso afirmativo, marque todas las opciones que correspondan:
 Alimentación Vivienda Transporte Otros: _____
16. ¿El inglés es el idioma principal que se habla en casa? Sí No
De no ser el caso, qué idioma se habla: _____
17. Doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto y de correo electrónico de LIBERTY Dental Plan para ayudar a controlar mi salud bucal. Sí No
Celular _____ Correo electrónico _____

**Si tiene dolor, hinchazón, sangrado o infección, comuníquese con LIBERTY para recibir asistencia inmediata.*

Entiendo que esta información se divulgará con mi nuevo plan dental.

Firma: _____ Fecha: _____

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