

Formulario de Evaluación de riesgos de salud bucal para niños

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. ¿El miembro tiene un dentista que consulta con frecuencia?..... Sí No
2. ¿El miembro se lava los dientes todos los días?..... Sí No
3. ¿Al miembro le duelen los dientes al comer alimentos fríos, calientes o azucarados?* Sí No
4. ¿El miembro vive en un área con agua potable fluorada? Sí No
5. ¿El miembro come entre comidas? Sí No
6. ¿El miembro bebe muchos refrescos, jugos o bebidas energizantes? Sí No
7. ¿El miembro tiene caries? * Sí No
8. ¿Alguno de sus padres o tutor tiene antecedentes de caries?..... Sí No

En caso afirmativo, indique la relación(es): _____

9. ¿Los dientes del miembro lucen como si tuvieran una materia fina llamada placa? * Sí No
10. ¿El miembro se va a acostar con un biberón con leche, jugo u otra bebida? * Sí No
11. ¿La miembro está embarazada? Sí No
12. ¿El miembro 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: _____

13. ¿El miembro tiene necesidades especiales de atención médica? Sí No
14. ¿Se le ha dicho al miembro que tiene una discapacidad mental, conductual o física? Sí No
15. ¿Estuvo el miembro en la sala de emergencias por un problema dental el año pasado? Sí No

En caso afirmativo, explique. _____

16. ¿Existen condiciones no médicas/sociales que afecten la capacidad del miembro para Sí No

recibir atención? Alimentación Vivienda Transporte Otros: _____

17. ¿El inglés es el idioma principal que se habla en casa? Sí No

De no ser el caso, qué idioma se habla: _____

18. 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: _____

Si no está firmado por el afiliado, seleccione uno: Padre del menor Tutor Otro representante

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