

أنت تتلقى هذا النموذج لأنك قمت بالتسجيل بخطة رعاية أسنان مدارة جديدة، وهي خطة (Health Net) Health Net Dental. سوف نستخدم هذا النموذج للتأكد من حصولك على الرعاية اللازمة.

يرجى وضع علامة على الإجابات التي تنطبق عليك باستخدام قلم أزرق أو أسود. أكمل نموذجاً واحداً لكل شخص في عائلتك مسجل في Health Net. إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بشبكة Health Net على الرقم المجاني 1.877.550.3868. يتوفر ممثل للتحدث معك من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 صباحاً وحتى الساعة 5:00 مساءً. يجب على مستخدمي TDD/خدمة الهاتف النصي لذوي الإعاقات الاتصال بالرقم 711.

ملء هذا النموذج اختياري.
لن يتم حرمانك من الرعاية بناءً على إجاباتك السرية.

اسم العضو:		تاريخ الميلاد:	
رقم بطاقة تعريف Medi-Cal:			
يرجى تحديد إجابة واحدة:			
لا ينطبق	لا	نعم	
			1. هل مضى أكثر من 12 شهراً على آخر زيارة لك لطبيب الأسنان؟
			2. هل تشعر بالألم عند تناول الأطعمة الباردة، أو الساخنة، أو السكرية؟
			3. هل تعاني من بزوغ أسنان مؤلم؟
			4. هل لديك سن أو أسنان مصابة؟
			5. هل لديك سن أو أسنان مكسورة؟
			6. هل فمك جاف؟
			7. هل تنزف لثتك عند استخدام الفرشاة أو خيط الأسنان؟
			8. هل خضعت لأي علاجات للثة (دواعم الأسنان)؟ إذا كانت الإجابة بنعم، ما هو تاريخ آخر علاج:
			9. هل ترتدي أطقم أسنان كاملة أو جزئية؟
			10. هل تتلقى حالياً علاجاً إشعاعياً أو كيميائياً؟
			11. هل أنت حامل؟
			12. هل تزور الطبيب بانتظام من أجل حالة طبية مزمنة؟ إذا كانت الإجابة بنعم، حدد كل ما ينطبق: <input type="checkbox"/> سرطان <input type="checkbox"/> السكري <input type="checkbox"/> مرض كلوي <input type="checkbox"/> غير ذلك:
			13. هل تعاني من إعاقة عقلية أو جسدية أو تعتبر نفسك ممن يعانون منها؟
يرجى إعادة النموذج المكتمل باستخدام المغلف المدفوع مقدماً المرفق أو بالبريد إلى: Health Net Dental, PO Box 26110, Santa Ana, CA 92799-6110			
إذا كنت تعتقد أنك بحاجة إلى زيارة طبيب أسنان قبل أن تتصل بك شبكة Health Net فيرجى الاتصال بعيادة طبيب الأسنان الخاص بك أو طلب الرعاية من المستشفى.			
أفهم أنه سيتم الكشف عن هذه المعلومات لخطتي الجديدة لطب الأسنان.			
توقيع:		تاريخ التوقيع:	