

Դուք ստանում եք այս ձևը, քանի որ գրանցվել եք Ատամնաբուժական կառավարվող ինսամքի նոր ծրագրում՝ Health Net Dental (Health Net): Մենք կօգտագործենք այս ձևը՝ համոզվելու համար, որ դուք ստանում եք անհրաժեշտ ինսամք:

**Խնդրում ենք նշել պատասխանները**, որոնք վերաբերում են ձեզ՝ օգտագործելով կապույտ կամ սև գրիչ: Լրացրեք մեկական ձև ձեր ընտանիքի **յուրաքանչյուր անձի համար**, ով գրանցված է Health Net-ում: Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Health Net՝ **1.877.550.3868** անվճար հեռախոսահամարով: Ներկայացուցիչը հասանելի է ձեզ հետ խոսելու համար երկուշաբթիից ուրբաթ, 8:00 am-ից մինչև 5:00 pm-ը: TDD/TTY օգտագործողները պետք է հավաքեն **711**:

**Ձևը լրացնելը կամավոր է:**  
**Ձեզ չեն մերժի ինսամքը՝ հիմնվելով ձեր գաղտնի պատասխանների վրա:**

Անդամի անունը՝	Ծննդյան ամսաթիվ՝
----------------	------------------

Medi-Cal ID համարը՝		Նշեք մեկը՝		
		Այո	Ոչ	Մ/Չ
1.	Արդյո՞ք ձեր վերջին ատամնաբուժական այցելությունից 12 ամսից ավելի է անցել:			
2.	Ցավ ունե՞ք սառը, տաք կամ քաղցր կերակուրներ ուտելիս:			
3.	Ատամի ցավոտ դուրս գալ ունե՞ք:			
4.	Դուք ունե՞ք վարակված ատամ կամ ատամներ:			
5.	Դուք ունե՞ք կոտրված ատամ կամ ատամներ:			
6.	Ձեր բերանը չո՞ր է:			
7.	Արդյո՞ք ձեր լնդերն արյունահոսում են խոզանակից կամ ատամնաթելից:			
8.	Դուք անցե՞լ եք լնդերի (պարոդոնտալ) բուժում: <i>Եթե այո, վերջին բուժման ամսաթիվը՝ _____</i>			
9.	Դուք կրու՞մ եք ամբողջական կամ մասնակի ատամնապրոթեզներ:			
10.	Դուք ներկայումս ստանու՞մ եք ճառագայթային կամ քիմիաթերապիա:			
11.	Դուք հղի՞ եք:			
12.	Դուք պարբերաբար այցելու՞մ եք բժշկի՝ քրոնիկական հիվանդության համար: <i>Եթե այո, նշեք բոլոր կիրառելիները՝</i> <input type="checkbox"/> Քաղցկեղ <input type="checkbox"/> Շաքարախտ <input type="checkbox"/> Երիկամի հիվանդություն <input type="checkbox"/> Այլ՝ _____			
13.	Դուք ունե՞ք մտավոր կամ ֆիզիկական հաշմանդամություն կամ ասոցացվու՞մ եք դրանց հետ:			

**Խնդրում ենք վերադարձնել լրացված ձևն՝ օգտագործելով կից կանխավճարված ծրարը կամ փոստով ուղարկեք այստեղ՝**

Health Net Dental, PO Box 26110, Santa Ana, CA 92799-6110:

Եթե կարծում եք, որ պետք է այցելեք ատամնաբույժի, նախքան Health Net-ի հետ կապ հաստատելը, խնդրում ենք դիմել ձեր ատամնաբուժական գրասենյակ կամ հիվանդանոց: **Ես հասկանում եմ, որ այս տեղեկատվությունը կներկայացվի իմ նոր ատամնաբուժական ծրագրին:**

Ստորագրություն՝	Ստորագրության ամսաթիվ՝
-----------------	------------------------