

Formulario de información de salud bucal de Medi-Cal



Recibe este formulario porque se ha inscrito en un nuevo plan de atención dental administrada, Health Net Dental (Health Net). Usaremos este formulario para asegurarnos de que reciba la atención que necesita.

Marque las respuestas que se apliquen a usted con un bolígrafo azul o negro. Complete un formulario **por cada persona** de su familia que esté inscrita en Health Net. Si tiene preguntas, llame a Health Net al número gratuito **1.877.550.3868**. Un representante está disponible para hablar con usted de lunes a viernes, de 8:00 a. m a 5:00 p. m. Los usuarios de TDD/TTY deben marcar **711**.

**Completar este formulario es voluntario.
No se le denegará atención en función de sus respuestas confidenciales.**

Nombre del miembro:	Fecha de nacimiento:
----------------------------	-----------------------------

Número de identificación de Medi-Cal:		Marque una opción:		
		Sí	No	N.A.
1.	¿Han pasado más de 12 meses desde su última consulta dental?			
2.	¿Siente dolor al ingerir alimentos fríos, calientes o azucarados?			
3.	¿Siente dolor cuando le salen los dientes?			
4.	¿Tiene un diente o dientes infectados?			
5.	¿Tiene un diente o dientes rotos?			
6.	¿Tiene la boca seca?			
7.	¿Le sangran las encías cuando se cepilla o usa hilo dental?			
8.	¿Ha tenido algún tratamiento de las encías (periodontal)? <i>En caso afirmativo, indique la fecha del último tratamiento: _____</i>			
9.	¿Lleva dentaduras postizas o parciales?			
10.	¿Está recibiendo actualmente radiación o quimioterapia?			
11.	¿Está embarazada?			
12.	¿Consulta con un médico regularmente por alguna condición médica crónica? <i>En caso afirmativo, marque todas las casillas que correspondan:</i> <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedades renales <input type="checkbox"/> otro: _____			
13.	¿Sufre o se asocia con una discapacidad mental o física?			

Devuelva el formulario completo utilizando el sobre prepagado adjunto o envíelo por correo a:
Health Net Dental, PO Box 26110, Santa Ana, CA 92799-6110.

Si considera que necesita ver a un dentista antes de que Health Net se comunique con usted, comuníquese con su consultorio dental o busque atención en un hospital.

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

Firma:	Fecha de la firma:
---------------	---------------------------