

Form ng Impormasyon sa Medi-Cal Oral na Kalusugan



Natatanggap mo ang form na ito dahil nag-enroll ka sa isang bagong plano ng Dental Managed Care, Health Net Dental (Health Net). Gagamitin namin ang form na ito para matiyak na makuha mo ang kinakailangang pangangalaga.

Pakilagyan ng tsek ang mga sagot na naaangkop sa iyo gamit ang asul o itim na panulat. Kumpletuhin ang isang form **para sa bawat tao** sa iyong pamilya na naka-enroll sa Health Net. Kung mayroon kang mga tanong, pakitawagan ang Health Net toll-free sa **1.877.550.3868**. Mayroong kinatawan na maaaring makipag-usap sa iyo Lunes hanggang Biyernes, sa pagitan ng 8:00 am at 5:00 pm. Ang mga gumagamit ng TDD/TTY ay dapat mag-dial sa **711**.

**Ang pagsagot sa form na ito ay boluntaryo.
Hindi ka tatanggihan ng pangangalaga batay sa iyong mga kumpidensyal na sagot.**

Pangalan ng Miyembro:	Petsa ng Kapanganakan:
------------------------------	-------------------------------

Numero ng Medi-Cal ID:		Pakilagyan ng tsek ang isa:		
		Oo	Hindi	Hindi Angkop
1.	Mahigit na ba sa 12 buwan mula noong huli mong dental na pagbisita?			
2.	May sumasakit ba sa iyo kapag kumakain ng malamig, mainit, o matamis na pagkain?			
3.	Mayroon ka bang masakit na tumutubong ngipin?			
4.	Mayroon ka bang impektadong ngipin o mga ngipin?			
5.	Mayroon ka bang basag na ngipin o mga ngipin?			
6.	Tuyo ba ang iyong bibig?			
7.	Dumudugo ba ang iyong gilagid kapag nagsipilyo o nag-floss ka?			
8.	Nagkaroon ka na ba ng anumang paggamot sa gilagid (periodontal)? <i>Kung oo, petsa ng huling paggamot: _____</i>			
9.	Nagsusuot ka ba ng pustiso o partial?			
10.	Kasalukuyan ka bang tumatanggap ng radiation o chemotherapy?			
11.	Buntis ka ba?			
12.	Palagi ka bang nagpapatingin sa doktor para sa isang matagal nang kondisyong medikal? <i>Kung oo, lagyan ng tsek ang lahat ng naaangkop:</i> <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Sakit sa Bato <input type="checkbox"/> Iba pa: _____			
13.	Mayroon ka ba o iniuugnay ang iyong sarili sa isang kapansanan sa pag-iisip o pisikal?			

Pakibalik ang nakumpletong form gamit ang nakapaloob na nabayaran na sobre o ipadala sa:
Health Net Dental, PO Box 26110, Santa Ana, CA 92799-6110.

Kung sa tingin mo ay kailangan mong magpatingin sa isang dentista bago ka makipag-ugnayan sa Health Net, mangyaring makipag-ugnayan sa iyong opisina ng dentista o humingi ng pangangalaga mula sa isang ospital.

Naiintindihan ko na ang impormasyong ito ay ipapakita sa aking bagong dental plan.

Lagda:	Petsa ng Paglagda:
---------------	---------------------------