

Quý vị nhận được biểu mẫu này vì quý vị đã ghi danh vào chương trình Dental Managed Care (Chăm Sóc Quản Lý Răng Miệng) mới, Health Net Dental (Health Net). Chúng tôi sẽ sử dụng biểu mẫu này để biết chắc quý vị được chăm sóc cần thiết.

Xin vui lòng đánh dấu vào các câu trả lời áp dụng cho quý vị bằng viết mực xanh hay mực đen. Điền đầy đủ vào một biểu mẫu **cho mỗi người** trong gia đình của quý vị đã ghi danh vào Health Net. Nếu quý vị có câu hỏi, xin vui lòng gọi số điện thoại miễn phí của Health Net **1.877.550.3868**. Một đại diện sẽ sẵn sàng nói chuyện với quý vị từ thứ Hai đến thứ Sáu, từ 8:00 giờ sáng đến 5:00 giờ chiều. Người sử dụng TDD/TTY nên gọi số **711**.

**Điền đơn này là việc làm tự nguyện.
Quý vị sẽ không bị từ chối chăm sóc dựa trên các câu trả lời được giữ kín của mình.**

Tên của Hội Viên:	Ngày sinh:
--------------------------	-------------------

Số Medi-Cal ID:		Xin vui lòng đánh dấu vào một chỗ:		
		Có	Không	Không Áp Dụng
1.	Lần mới nhất quý vị đi khám với nha sĩ cách đây đã hơn 12 tháng chưa?			
2.	Quý vị có bị đau khi ăn đồ lạnh, nóng, hay đồ ngọt không?			
3.	Quý vị có răng đau nào bị trôi lên không?			
4.	Quý vị có răng nào bị nhiễm trùng hay không?			
5.	Quý vị có răng nào bị bể hay không?			
6.	Miệng quý vị có bị khô không?			
7.	Nướu răng của quý vị có bị chảy máu khi quý vị đánh răng hay dùng chỉ nha khoa không?			
8.	Quý vị có được chữa trị nướu răng (nha chu) bao giờ chưa? <i>Nếu có, ngày đi khám lần sau cùng là: _____</i>			
9.	Quý vị có đeo răng giả toàn phần hay bán phần hay không?			
10.	Quý vị hiện nay có đang được xạ trị hay hóa trị không?			
11.	Quý vị hiện có mang thai hay không?			
12.	Quý vị có thường xuyên đi khám với bác sĩ cho một bệnh trạng kinh niên nào không? <i>Nếu có, đánh dấu vào tất cả những nơi áp dụng:</i> <input type="checkbox"/> Ung Thư <input type="checkbox"/> Tiểu Đường <input type="checkbox"/> Bệnh Thận <input type="checkbox"/> Bệnh Khác:			
13.	Quý vị có hoặc có liên quan tới khuyết tật về tâm thần hay thể trạng hay không?			

Xin vui lòng gửi lại biểu mẫu đã điền đầy đủ, sử dụng phong bì gửi kèm đã trả bưu phí trước hoặc gửi qua bưu điện tới:

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

Nếu quý vị nghĩ rằng quý vị cần đến khám với một nha sĩ trước khi Health Net liên lạc với quý vị, xin vui lòng gọi cho văn phòng nha khoa của quý vị hoặc đến một bệnh viện để được chăm sóc.

Tôi hiểu rằng thông tin này sẽ được tiết lộ cho chương trình bảo hiểm nha khoa mới của mình.

Chữ Ký:	Ngày Ký:
----------------	-----------------