

از آنجایی که شما در یک طرح مراقبت مدیریت شده دندان به نام Health Net Dental (Health Net) ثبت نام کرده اید، این فرم را دریافت نموده اید. ما از این فرم برای حصول اطمینان از دریافت مراقبت مورد نیاز شما استفاده خواهیم نمود.

**لطفاً پاسخ هایی را که در مورد شما صادق می باشد با استفاده از خودکار مشکی یا آبی علامت بزنید.** برای هر نفر در خانواده خود که در Health Net ثبت نام کرده اید، یک فرم را تکمیل نمایید. در صورت داشتن سوال لطفاً با تلفن رایگان Health Net به شماره **1.877.550.3868** تماس بگیرید. یک نماینده برای صحبت با شما ما بین روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح الی 5 بعد از ظهر در دسترس می باشد. کاربران TDD/TTY باید با شماره **711** تماس بگیرند.

**پر کردن این فرم داوطلبانه میباشد. پر کردن این فرم داوطلبانه می باشد. بر اساس پاسخهای محرمانه شما از دریافت مراقبت منع نخواهید شد.**

نام عضو:	تاریخ تولد:
----------	-------------

شماره شناسایی Medi-Cal:	لطفاً یکی را علامت بزنید:
-------------------------	---------------------------

بله	خیر	صادق نیست
-----	-----	-----------

1. آیا از آخرین ویزیت شما توسط یک دندانپزشک بیشتر از 12 ماه گذشته است؟
2. آیا به هنگام خوردن خوراکی سرد، گرم یا شیرین دندان تان درد میکند؟
3. آیا درد ناگهانی در دندان خود دارید؟
4. آیا دندان یا دندانها عفونی دارید؟
5. آیا دندان یا دندانها شکسته دارید؟
6. آیا خشکی دهان دارید؟
7. آیا لثه شما به هنگام مسواک زدن یا استفاده از نخ دندان خونریزی میکند؟
8. آیا تا بحال برای لثه (پیراندانی) درمانی دریافت کرده اید؟  
در صورتی که پاسخ مثبت است، تاریخ آخرین بازدید:
9. آیا دندان مصنوعی کامل یا پارسیال دارید؟
10. آیا در حال حاضر تشعشع یا شیمی درمانی دریافت میکنید؟
11. آیا باردار هستید؟
12. آیا برای یک وضعیت پزشکی مزمن به طور منظم با پزشک ملاقات میکنید؟  
در صورتی که پاسخ مثبت است کلیه موارد صادق را علامت بزنید:  
 سرطان  دیابت  بیماری کلیوی  غیره:
13. آیا دچار یک ناتوانی ذهنی یا فیزیکی می باشید یا خود را مرتبط با آن می دانید؟

لطفاً فرم تکمیل شده را با استفاده از پاکت پستی پیوست که هزینه پست آن از قبل پرداخت شده است یا از طریق ارسال آن به آدرس زیر عودت دهید:

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

اگر فکر میکنید که پیش از تماس Health Net با شما لازم است که با دندانپزشک ملاقات کنید، لطفاً با دفتر دندانپزشک خود تماس گرفته یا به دنبال مراقبت در یک بیمارستان باشید.

من آگاه هستم که این اطلاعات به طرح دندانپزشکی من داده خواهد شد.

امضاء:	تاریخ امضاء:
--------	--------------