VALORACIÓN DE LA SALUD BUCAL

Para completar una versión en línea de esta valoración, use la cámara de su teléfono inteligente para escanear este código o vaya a **[bit.ly/ca-md-assessment]**. Pase la cámara sobre el código y toque la pantalla para acceder al formulario.

Complete este formulario para que podamos proporcionarle la mejor atención. Complete un formulario para cada integrante de su grupo familiar que esté afiliado al plan de DentaQuest. Cuando haya terminado, envíe los formularios por correo a la dirección indicada abajo. Puede descargar las encuestas para nuevos afiliados en DentaQuest.com.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Teléfono: _____ (Celular) _____ (Residencial) Correo electrónico: _____

Fecha de hoy (mm/dd/aaaa): _____ Número de identificación del afiliado a [DentaQuest]: _____

¿Podemos ponernos en contacto con usted mediante el correo electrónico o el número de teléfono que se indican arriba?

☐ Sí ☐ No

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

1. **¿Han pasado más de 12 meses desde su última visita al dentista?**

   ☐ Sí ☐ No

2. **¿Siente dolor al comer alimentos fríos, calientes o azucarados?**

   ☐ Sí ☐ No

3. **¿Tiene uno o varios dientes fracturados?**

   ☐ Sí ☐ No

4. **¿Tiene la boca seca?**

   ☐ Sí ☐ No

5. **¿Le sangran las encías cuando se cepilla o usa el hilo dental?**

   ☐ Sí ☐ No

6. **¿Se ha sometido a algún tratamiento de las encías (periodontal)?**

   ☐ Sí ☐ No

7. **¿Usa prótesis dentales o parciales?**

   ☐ Sí ☐ No

8. **¿Está recibiendo en el momento radioterapia o quimioterapia?**

   ☐ Sí ☐ No

9. **¿Tiene alguna necesidad especial que le dificulte ir al dentista?**

   ☐ Sí ☐ No

   De ser así, ¿cuál de las siguientes? (*Marque todos los que se apliquen.*)

   ☐ Tengo una discapacidad física o intelectual
   ☐ Siento ansiedad o me da miedo ir al dentista
   ☐ Uso una silla de ruedas o una camilla
   ☐ Otro (*explique, por favor*): _____

10. **¿Está embarazada?**

    ☐ Sí ☐ No

11. **¿Tiene algún problema de salud o enfermedad que le dificulte ir al dentista?**

    ☐ Sí ☐ No

    De ser así, ¿cuál de las siguientes? (*Marque todos los que se apliquen.*)

    ☐ Diabetes
    ☐ Enfermedad renal
    ☐ Enfermedad cardiaca
    ☐ Enfermedad pulmonar
    ☐ Cáncer
    ☐ Enfermedad mental o problema de salud mental
    ☐ Drogadicción o alcoholismo
    ☐ Otro (*explique, por favor*): _____

12. **¿Tiene algún otro tipo de problema que le dificulte ir al dentista? (Por ejemplo, "No tengo transporte para ir al dentista.")**

    ☐ Sí ☐ No

    Si es así, *explique por qué*: _____

Envíe este formulario completo a:

DentaQuest, ATTN: Case Management
PO Box 2906, Milwaukee, WI 53201-9292

Los beneficios dentales son proporcionados por California Dental Network. California Dental Network opera bajo el nombre de DentaQuest. En este documento, California Dental Network se denomina DentaQuest.

DentaQuest Benefits provided by California Dental Network | Medi-Cal