

구강건강 평가



스마트폰 카메라를 사용하여 이 코드를 스캔하거나 이 평가의 온라인 버전을 완료하려면 다음으로 이동하십시오. bit.ly/ca-md-assessment. 코드를 입력하고 화면을 탭하여 양식에 액세스합니다.

최상의 치료를 제공할 수 있도록 이 양식을 작성해 주십시오. DentaQuest Plan 가입자인 가구 구성원 한 명당 하나의 양식을 작성하십시오. 완료되면 양식을 아래 '나열된' 우편 주소로 모두 반환하여 주십시오. DentaQuest.com 를 방문하여 신규 회원 설문조사를 다운로드할 수 있습니다.

이름: _____ 생년월일: _____

전화번호: _____ (핸드폰번호) _____ (집) 전자우편: _____

오늘 날짜 (mm/dd/yyyy): _____ DentaQuest 멤버 회원번호: _____

위에 나열된 이메일과 전화번호로 연락을 드려도 될까요? 예 아니오

자발적으로 이 양식을 제출하세요. 기밀 답변을 하신 근거로 치료를 거절당하지는 않습니다.

1. 마지막으로 치과에 방문하신 이후로 12개월이 넘으셨습니까?
 예 아니오
2. 차갑거나 뜨겁거나 단 음식을 먹을 때 통증이 있습니까?
 예 아니오
3. 부러진 치아가 있나요?
 예 아니오
4. 입이 마릅니까?
 예 아니오
5. 양치질 혹은 치실을 하실 때 잇몸에 피가 납니까?
 예 아니오
6. 잇몸 (치주염) 치료를 받아보신 적이 있습니까?
 예 아니오
7. 틀니 혹은 부분의치를 착용합니까?
 예 아니오
8. 현재 방사선 치료나 항암치료를 받고 계신가요?
 예 아니오
9. 치과 의사를 보시기에 힘들 정도로 다른 유형의 문제를 가지고 계십니까?
 예 아니오
'예' 라면 어떤 것 입니까? (해당되는 모든 항목을 선택하세요)
 저는 지적 및/또는 신체적 장애가
 치과에 가는 것이 긴장되거나 두렵습니다
 휠체어 또는 들것을 이용합니다
 기타 (설명해 주십시오) _____
10. 임신하셨나요?
 예 아니오
11. 치과 의사를 보시기에 힘들 정도로 건강상 문제나 질병을 가지고 계십니까?
 예 아니오
그렇다면 어떤 것 입니까? (해당되는 모든 항목을 선택합니다)
 당뇨
 신장질환
 심장질환
 폐 질환
 암
 정신질환 또는 정신 건강 문제
 약물 또는 알코올 사용 또는 남용
 기타 (설명하십시오) _____
12. 치과 의사를 보시기에 힘들 정도로 다른 유형의 문제를 가지고 계십니까? (예: 치과에 “갈 방법(교통편)이 없다”)
 예 아니오
'예' 라면, (설명해 주십시오) _____

완결된 양식을 아래로 보내주십시오:

DentaQuest, 귀중: Case Management (사례담당) PO Box 2906, Milwaukee, WI 53201-9292

치과 혜택은 California Dental Network에서 제공합니다. California Dental Network는 DentaQuest로 사업을 수행합니다. 이 문서에서는 California Dental Network를 DentaQuest라고 합니다

DentaQuest
Benefits provided by California Dental Network

 **Medi-Cal**