PAGTATASA SA KALUSUGAN NG NGIPIN

Upang makumpleto ang online na bersyon ng pagtatasang ito, gamitin ang iyong smartphone camera para i-scan ang code na ito o pumunta sa **[bit.ly/ca-md-assessment]**. Tumungo sa code at i-tap ang iyong screen para i-access ang form.

Mangyaring punan ang form na ito upang makatulong kami sa pagbibigay sa iyo ng pinakamahusay na pangangalaga. Kumpletuhin ang isang form para sa bawat miyembro ng iyong sambahayan na miyembro ng DentaQuest Plan. Sa oras na matapos ka na, ipadala ang (mga) form pabalik sa address na pangkoreo na nakalista sa ibaba. Maaari mong i-download ang mga survey sa bagong miyembro sa pamamagitan ng pagbisita sa DentaQuest.com.

Pangalan: _____ Petsa ng Kapanganakan: _____

Telepono: _____ (Cell) _____ (Tirahan) E-Mail: _____

Petsa sa Araw na Ito (mm/dd/yyyy): _____ Numero ng ID ng Miyembro sa [DentaQuest]: _____

Maaari ba kaming makipag-ugnayan sa iyo gamit ang email o numero ng telepono na nakalista sa itaas? ☐ Oo ☐ Hindi

Boluntaryo ang pagsagot sa form na ito. Hindi ka tatanggihan ng pangangalaga batay sa iyong mga kumpidensyal na sagot.

1. **Mahigit 12 buwan na ba ang lumipas simula ng iyong huling pagbisita sa dentista?**
   ☐ Oo ☐ Hindi
2. **Nakakaranas ka ba ng pananakit kapag kumakain ng pagkaing malamig, mainit o matamis?**
   ☐ Oo ☐ Hindi
3. **May sira ba ang iyong ngipin o mga ngipin?**
   ☐ Oo ☐ Hindi
4. **Nanunuyo ba ang iyong bibig?**
   ☐ Oo ☐ Hindi
5. **Nagdurugo ba ang iyong gilagid kapag ikaw ay nagsesepilyo o gumagamit ng floss?**
   ☐ Oo ☐ Hindi
6. **Ginagamot ka ba para sa gilagid (periodontal)?**
   ☐ Oo ☐ Hindi
7. **Nagsusuot ka ba ng pustiso o hindi buong pustiso?**
   ☐ Oo ☐ Hindi
8. **Kasalukuyan ka bang tumatanggap ng radiation o chemotherapy?**
   ☐ Oo ☐ Hindi
9. **Mayroon ka bang espesyal na pangangailangan na nagpapahirap sa iyong magpatingin sa dentista?**
   ☐ Oo ☐ Hindi

   Kung oo, alin? (*piliin ang lahat ng naaangkop*)
   - ☐ Mayroon akong intelektwal at/o pisikal na kapansanan
   - ☐ Nininerbyos ako o natatakot bumisita sa dentista
   - ☐ Gumagamit ka ba ng wheelchair o stretcher
   - ☐ Iba pa (*mangyaring ipaliwanag*) _____
10. **Ikaw ba ay nagbubuntis?**
    ☐ Oo ☐ Hindi
11. **Mayroon ka bang problema sa kalusugan o sakit na nagpapahirap sa iyong magpatingin sa dentista?**
    ☐ Oo ☐ Hindi

    Kung oo, alin? (*piliin ang lahat ng naaangkop*)
    - ☐ Diabetes
    - ☐ Sakit sa kidney
    - ☐ Sakit sa puso
    - ☐ Sakit sa baga
    - ☐ Cancer
    - ☐ Sakit sa pag-iisip o problema sa kalusugan ng pag-iisip
    - ☐ Paggamit o pang-aabuso ng droga o alkohol
    - ☐ Iba pa (*mangyaring ipaliwanag*) _____
12. **Mayroon ka bang anumang iba pang uri ng problemang nagpapahirap sa iyong magpatingin sa dentista? (Halimbawa, "Wala akong paraan para makapunta sa dentista.")**
    ☐ Oo ☐ Hindi

    Kung oo, (*mangyaring ipaliwanag*)

    _____

Mangyaring ibalik ang nakumpletong form sa:

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

Ang mga benepisyo sa ngipin ay ipinagkakaloob ng California Dental Network. Nagnenegosyo ang California Dental Network bilang DentaQuest. Sa kabuuan ng dokumentong ito, tinutukoy ang California Dental Network bilang DentaQuest.

DentaQuest Benefits provided by California Dental Network | Medi-Cal