# SỨC KHỎE RĂNG MIỆNG

Để làm đánh giá trực tuyến, hãy dùng camera điện thoại khôn ngoan của quý vị để quét mã này hoặc truy cập **[bit.ly/ca-md-assessment]**. Rà chuột qua mã rồi chạm vào màn hình để mở mẫu.

Xin điền mẫu này để chúng tôi có thể chăm sóc quý vị tốt nhất. Mỗi người trong gia hộ là hội viên Chương Trình DentaQuest điền mẫu riêng. Sau khi xong, xin gởi (các) mẫu trở lại địa chỉ thư tín dưới đây. Quý vị có thể đến mạng lưới DentaQuest.com để tải xuống các khảo sát cho hội viên mới.

Họ tên: _____ Ngày sanh: _____

Điện thoại: _____ (Di động) _____ Cư gia Điện thư (email) _____

Ngày hôm nay (tháng/ngày/năm) _____ Số ID hội viên: _____

Chúng tôi có thể liên lạc với quý vị theo điện thư và số điện thoại nêu trên không? ☐ Có ☐ Không

**Điền mẫu này là điều tự nguyện. Quý vị sẽ không bị từ chối chăm sóc dựa trên các câu trả lời kín đáo của mình.**

1. **Có đã hơn một năm kể từ lần khám sức khỏe gần đây nhất của quý vị?**
   ☐ Có ☐ Không
2. **Quý vị có bị đau khi ăn thực phẩm lạnh, nóng hay có đường không?**
   ☐ Có ☐ Không
3. **Quý vị có bị gãy răng không?**
   ☐ Có ☐ Không
4. **Miệng quý vị có khô không?**
   ☐ Có ☐ Không
5. **Quý vị có bị chảy máu nướu khi đánh răng hay dùng chỉ nha khoa không?**
   ☐ Có ☐ Không
6. **Quý vị có từng điều trị nướu (nha chu) chưa?**
   ☐ Có ☐ Không
7. **Quý vị có đeo răng giả hay răng giả một phần không?**
   ☐ Có ☐ Không
8. **Hiện quý vị có đang xạ trị hoặc hóa trị không?**
   ☐ Có ☐ Không
9. **Quý vị có nhu cầu đặc biệt nào làm bản thân khó đến gặp nha sĩ không?**
   ☐ Có ☐ Không
   Không nếu có, loại nào? (*chọn tất cả các mục thích hợp*)
   ☐ Tôi bị khuyết tật trí tuệ và/hoặc thể chất
   ☐ Tôi thấy căng thẳng hay sợ hãi khi đến gặp nha sĩ
   ☐ Tôi cần dùng xe lăn hoặc cáng
   ☐ Khác (*xin giải thích*):
   _____
10. **Quý vị có đang mang thai?**
   ☐ Có ☐ Không
11. **Quý vị có vấn đề nào về sức khỏe hay bệnh trạng làm cho khó đến gặp nha sĩ không?**
   ☐ Có ☐ Không
   Không nếu có, loại nào? (*chọn tất cả các mục thích hợp*)
   ☐ Bệnh tiểu đường
   ☐ Bệnh thận
   ☐ Bệnh tim
   ☐ Bệnh phổi
   ☐ Ung thư
   ☐ Bệnh tâm thần hoặc có vấn đề về sức khỏe tâm thần
   ☐ Sử dụng hoặc lạm dụng ma túy hoặc rượu
   ☐ Khác (*xin giải thích*):
   _____
12. **Quý vị có vấn đề nào khác làm cho khó đến gặp nha sĩ không? (Thí dụ, "Tôi không có cách nào đến gặp nha sĩ.")**
   ☐ Có ☐ Không
   Nếu có, *xin giải thích*:
   _____

**Xin gởi lại mẫu đã điền đầy đủ đến:**

CMS, gởi cho:

PO Box 2906, Milwaukee, WI 53201-9292

*Quyền lợi nha khoa do California Dental Network cung cấp. California Dental Network hoạt động kinh doanh với tên gọi DentaQuest. Trong tài liệu này, California Dental Network được gọi là DentaQuest.*

DentaQuest Benefits provided by California Dental Network | Medi-Cal