

Formulario de Evaluación de Riesgos para la Salud



LIBERTY DENTAL PLAN

Formulario para adultos

Está recibiendo este formulario porque se ha inscrito en un nuevo Plan de Atención Administrada Dental: LIBERTY Dental Plan of Florida (LIBERTY). Usaremos este formulario para asegurarnos de que reciba la atención que necesita.

Marque las respuestas que se aplican a usted con un bolígrafo azul o negro o puede completarlas en línea en www.libertydentalplan.com/FL-HRA.com. Complete un formulario por **cada persona** de su familia que esté inscrita en LIBERTY. Si tiene preguntas, llame a LIBERTY al número gratuito **1.833.276.0850**. Un representante está disponible para hablar con usted de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. Los usuarios de TDD/TTY deben marcar el número **1.877.855.8039**.

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

Nombre del miembro:	Fecha de nacimiento:
---------------------	----------------------

Número de identificación de Medicaid:	Marque una opción:		
	Sí	No	N/A

		Sí	No	N/A
1.	¿Han pasado más de 12 meses desde su última consulta dental?			
2.	¿Siente dolor al ingerir alimentos fríos, calientes o azucarados?			
3.	¿Siente dolor cuando le salen los dientes?			
4.	¿Tiene un diente o dientes infectados?			
5.	¿Tiene un diente o dientes rotos?			
6.	¿Tiene la boca seca?			
7.	¿Le sangran las encías cuando se cepilla o usa hilo dental?			
8.	¿Ha tenido algún tratamiento de las encías (periodontal)? <i>En caso afirmativo, indique la fecha del último tratamiento: _____</i>			
9.	¿Lleva dentaduras postizas o parciales?			
10.	¿Está recibiendo actualmente radiación o quimioterapia?			
11.	¿Está embarazada?			
12.	¿Consulta con un médico regularmente por alguna condición médica crónica? <i>En caso afirmativo, marque todas las opciones que correspondan:</i> <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad renal <input type="checkbox"/> Otros: _____			
13.	¿Sufre o se asocia con una discapacidad mental o física?			

Devuelva el formulario completo utilizando el sobre prepagado adjunto o complételo en línea en www.libertydentalplan.com/FL-HRA.com, o envíe por correo a:

LIBERTY Dental Plan of Florida, PO Box 15149, Tampa, FL 33684-5149.

Si considera que necesita ver a un dentista antes de que LIBERTY se comunice con usted, comuníquese con su consultorio dental o busque atención en un hospital.

Entiendo que esta información se divulgará con mi nuevo plan dental.

Firma:	Fecha de la firma:
--------	--------------------