

Formulario de Evaluación de Riesgos para la Salud



LIBERTY DENTAL PLAN

Formulario para niños

Usted recibe 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 para **cada persona** de su familia que esté inscrita en LIBERTY. Si tiene preguntas, llame 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

1.	¿El niño cuenta con hogar dental/recibe atención dental de manera frecuente?			
2.	¿El niño se cepilla los dientes diariamente?			
3.	¿Usted vive en un área con agua potable fluorada?			
4.	¿El niño come entre comidas?			
5.	¿El niño bebe refrescos, jugos o bebidas energizantes con frecuencia?			
6.	¿Es el inglés la lengua materna de su hijo?			
7.	¿El niño tiene caries?			
8.	¿La madre/cuidadora principal tiene caries activas?			
9.	¿El niño tiene necesidades especiales de salud?			
10.	¿El niño tiene placa en los dientes?			
11.	¿Se acuesta al niño con una botella que contiene azúcar natural o añadida?			

Devuelva el formulario completo utilizando el sobre prepagado adjunto o complételo en línea en www.libertydentalplan.com/FL-HRA.com, o envíelo 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 comunique 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:

Si no está firmado por el beneficiario, marque una opción: Padre del menor Tutor Otro representante