

ENCUESTA PARA NUEVOS AFILIADOS

Complete este formulario para poder proporcionarle la mejor atención. Complete un formulario para cada integrante de su grupo familiar que esté afiliado al plan de DentaQuest. Cuando haya terminado, envíe los formularios por correo a la dirección indicada abajo. Puede descargar las encuestas para nuevos afiliados en www.DentaQuest.com/Florida.

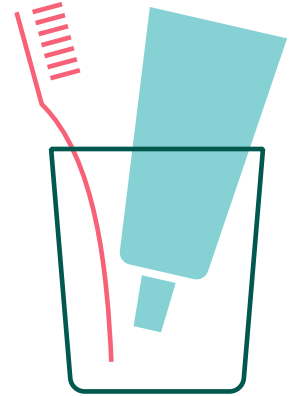
Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Teléfono: _____ (Celular) _____ (Hogar)

Fecha de hoy (mm/dd/aaaa): _____

Número de identificación del afiliado a DentaQuest: _____



1. ¿Tiene dolor de muelas o un problema dental en este momento?

Sí No

2. ¿Ha tenido que ir a la sala de emergencias por un problema dental en los últimos 12 meses?

Sí No

3. ¿Visitó al dentista por última vez hace más de 12 meses?

Sí No

4. ¿Se cepilla los dientes **menos de dos veces al día**?

Sí No

5. ¿Tiene alguna necesidad especial que le dificulte ir al dentista?

Sí No

De ser así, ¿cuál de las siguientes? (Marque todos los que se apliquen.)

- Tengo una discapacidad física o intelectual.
- Siento ansiedad o me da miedo ir al dentista.
- Uso una silla de ruedas o una camilla.
- Otro (explique, por favor) _____

6. ¿Está embarazada?

Sí No

7. ¿Tiene algún problema de salud o enfermedad que le dificulte ir al dentista?

Sí No

De ser así, ¿cuál de los siguientes? (Marque todos los que se apliquen.)

- Diabetes
- Enfermedad renal
- Enfermedad cardíaca
- Enfermedad pulmonar
- Cáncer
- Enfermedad mental o problema de salud mental
- Drogadicción o alcoholismo
- Otro (explique, por favor) _____

8. ¿Tiene algún otro tipo de problema que le dificulte ir al dentista? (Por ejemplo, "No tengo transporte para ir al dentista.")

Sí No

Si es así, explique por qué _____

Envíe este formulario por correo a:

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

Lunes a viernes de 8 a.m. a 7 p.m.