



Effective Date / Fecha Efectiva, Preferred Language / Idioma Preferido, Dentist Number / Numero de Dentista

Use Office Numbers beginning with CA when making your dental office selection.

Employee information / Información del empleado

Name/Nombre, Address/Dirección, City/Ciudad, State/Estado, Zip Code/Zona Postal, Phone Number/Número de Teléfono, Email/Correo Electrónico, Date of Hire/Fecha de Empleo, Date of Birth/Fecha de Nacimiento, Social Security # / # Seguro Social, Sex/Sexo, Plan Type/Selección de su Plan, Prepaid/Prepagado, Reimbursement/Reembolso, PPO, EPO, COBRA

Company information / Información de su empleador

Company Name/Nombre de la Compañía, Group Number/Numero de Grupo, Phone/Teléfono, Address/Dirección, City/Ciudad, State/Estado, Zip Code/Zona Postal, Fax/Facsimile, Email/Correo Electrónico

Enrollment Information / Información de su Inscripción

Employee only, Employee + spouse, Employee + spouse + children, Employee + children, Empleado, Empleado + conyuge, Empleado + conyuge + hijos, Empleado + hijos

Dependent information / Información de sus dependientes

Last name/ Apellido, First name/ Nombre, M.I./ I, Sex/ Sexo, Date of birth/ Fecha de nacimiento, Relationship/ Relación, Dentist # / # de dentista

I hereby request coverage and authorize payroll deductions (if applicable) from my earnings for any contributions required for a minimum of one year. Authorization is granted to release my patient history to Dental Health Services, consulting health professional, or other entity designated or approved by Dental Health Services for the purpose of certifying, purchasing, providing, evaluating, or administering benefits. This authorization remains in effect until revoked by me in writing. / En representación de mí mismo y de mis dependientes elegibles, por la presente solicito cobertura dental que he indicado de Dental Health Services y que me fuera ofrecido a traves de mi empleador. Apruebo las deducciones en la nómina (si aplica) de mi salario para la contribución adecuada de mínimo de un año. Apruebo dar la autorización para conceder información relacionada con mi historia médica a Dental Health Services, consultante profesional medica u otra entidad aprobada por Dental Health Services para el propósito de certificar, evaluar o administrar beneficios. Esta autorización es efectiva hasta que sea revocada por mi escrito.

Employee signature/Firma del empleado, Date/Fecha

Official Use Only

Authorized by, Group Number, Date