



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

Employee information / Información del empleado

Name/Nombre _____ Social Security # / # Seguro Social _____
 Address/Dirección _____ Sex/Sexo _____
 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 _____
 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 través 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 _____