



# Inscripción a *Healthy Smile, Healthy You*

## INSCRIBIRSE ES FÁCIL

Complete el formulario, incluyendo el nombre y la firma de su médico. Envíelo por correo postal, fax o correo electrónico:

Delta Dental of Virginia  
At.: *Healthy Smile, Healthy You*  
5415 Airport Road  
Roanoke, VA 24012

Correo electrónico: [billing@deltadentalva.com](mailto:billing@deltadentalva.com)  
Fax: 540.776.8109

Usted quedará inscrito una vez que se procese su formulario de inscripción completo. *Healthy Smile, Healthy You*® está disponible para miembros inscritos en un plan dental que ofrezca este programa. Comuníquese con su representante de beneficios para averiguar si este beneficio está disponible para usted. Si tiene preguntas sobre este programa, llame al 800.237.6060.

### Parte 1 - A ser completada por el inscrito

Nombre del inscrito	Dirección de correo electrónico del inscrito	Nombre del suscriptor (si difiere del inscrito)
Número de ID del suscriptor	Número de grupo	Nombre de grupo
Firma del inscrito		Fecha

### Parte 2 - A ser completada por el médico (marque la casilla junto a las condiciones que apliquen):

<input type="checkbox"/> Diabetes	Fecha de diagnóstico
<input type="checkbox"/> Embarazo	Fecha de parto
<input type="checkbox"/> Condiciones cardíacas de alto riesgo Un historial de endocarditis infecciosa o una válvula cardíaca artificial, derivaciones pulmonares, conductos o prolapso de la válvula mitral o aórtica, estenosis, cardiomiopatía hipertrófica o defectos de la válvula cardíaca causados por condiciones adquiridas, o ciertos defectos cardíacos congénitos (como un ventrículo en lugar de los dos normales).	Fecha de diagnóstico
<input type="checkbox"/> Tratamiento contra el cáncer a través de radiación o quimioterapia	Fecha de inicio del tratamiento
<input type="checkbox"/> Sistemas inmunitarios debilitados	Fecha de diagnóstico
<input type="checkbox"/> Insuficiencia renal o diálisis	Fecha de diagnóstico
Nombre del médico	
Firma del médico	Fecha