

Los chequeos dentales regulares son básicos para nuestros miembros con ciertas condiciones de salud. Evidencias demuestran que algunas condiciones de salud están estrechamente asociadas con la periodontitis (enfermedad de las encías) y que prevenir, o tratar dicha condición ayuda a mejorar la salud en general. Debido a esto, Delta Dental ofrece beneficios adicionales a los miembros que tienen ciertas condiciones de salud.

## Inscribirse es fácil

Complete el formulario más abajo, incluido el nombre y la firma de su médico. Envíe el formulario completo por correo postal, fax o correo electrónico a:

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. 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 <small>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).</small>	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