



## Formulario de inscripción de Oral Health for Overall Health

Complete las secciones de información de miembros y proveedores a continuación. También puede inscribirse fácilmente en línea en [floridabluedental.com/members/enroll-in-oral-health-for-overall-health](http://floridabluedental.com/members/enroll-in-oral-health-for-overall-health).

¿Cómo se enteró de Oral Health for Overall Health?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Personal de enfermería especializado en maternidad | <input type="checkbox"/> Coordinador asistencial de afección |
| <input type="checkbox"/> Consultorio dental                                 | <input type="checkbox"/> Coordinador de atención médica      |
| <input type="checkbox"/> Otros _____  |  |

### INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Compruebe cuáles de sus afecciones califican:

- |  |   |                                       |   |
|--|---|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> EPOC                      | <input type="checkbox"/> Enfermedad coronaria | <input type="checkbox"/> Diabetes     | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal en etapa terminal |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de cabeza y cuello | <input type="checkbox"/> Síndrome metabólico  | <input type="checkbox"/> Cáncer bucal | <input type="checkbox"/> Embarazo _____                     |
| <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular | <input type="checkbox"/> Síndrome de Sjögren  |                                       | (Fecha prevista de parto)                                   |

Nombre del titular principal de la póliza: \_\_\_\_\_

Identificación del miembro que se inscribe (se encuentra en su tarjeta de identificación): \_\_\_\_\_

N.º de grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del miembro inscrito: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección del miembro: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

N.º de teléfono del miembro: (casa) \_\_\_\_\_ (celular) \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico del miembro: \_\_\_\_\_

Por la presente, afirmo que me han diagnosticado las afecciones que indiqué anteriormente.

Acepto recibir comunicaciones electrónicas sobre el programa Oral Health for Overall Health.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR

Nombre del médico (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

N.º de licencia del médico: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

N.º de teléfono del médico: \_\_\_\_\_

Dirección del médico: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

La información que ha proporcionado se utilizará exclusivamente para determinar si reúne los requisitos para Oral Health for Overall Health y para futuras comunicaciones relacionadas con el programa. Conserve una copia de este formulario para sus registros.

*Nota: El procesamiento de su inscripción puede demorar hasta un mes. Se le notificará por correo si recibe la aprobación.*

### Firme y feche su formulario cumplimentado y envíelo por correo a:

**Oral Health for Overall Health  
P.O. Box 45132  
Jacksonville, FL 32232**

Para encontrar un dentista dentro de su red, visite [floridabluedental.com/find-a-dentist](http://floridabluedental.com/find-a-dentist).

Para obtener información sobre Oral Health for Overall Health, visite  
[floridabluedental.com/oral-health-for-overall-health](http://floridabluedental.com/oral-health-for-overall-health)  
o llame al Servicio de Atención al Cliente al 1-888-223-4892.

Los planes BlueDental son ofrecidos por Florida Combined Life Insurance Company, Inc., una compañía afiliada de Florida Blue. Ambas compañías son licenciatarios independientes de Blue Cross and Blue Shield Association.

Florida Blue, Florida Blue HMO, Florida Blue Preferred HMO (en conjunto, "Florida Blue"), Florida Combined Life y el Blue Cross and Blue Shield Federal Employee Program (FEP) cumplen con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminan en función de su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. No excluimos a las personas ni las tratamos de manera diferente en función de su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-352-2583 (TTY: 1-877-955-8773). FEP: Llame al 1-800-333-2227.

ATANSYON: Si w pale Kreyòl ayisyen, ou ka resewva yon èd gratis nan lang pa w. Rele 1-800-352-2583 (pou moun ki pa tande byen: 1-800-955-8770). FEP: Rele 1-800-333-2227.