

# WESTERN DENTAL ENROLLMENT FORM/ SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

**How to enroll with Western Dental:**

Please print clearly. You must choose a general dental office for each eligible family member from the Western Dental Provider directory. You should indicate a first and second choice for dental facilities. You will be assigned to the first choice whenever possible. If neither facility is available or if you do not choose a facility, an assignment will be made to the facility nearest your home address.

**Cómo suscribirse a Western Dental:**

Por favor escriba claramente. Usted debe elegir una oficina dental general para cada miembro elegible del directorio de Proveedores Western Dental. Usted debe indicar una primera y segunda opción para las oficinas dentales. Le asignarán a la primera opción siempre que sea posible. Si ninguna de las dos opciones están disponibles o si usted no elige una oficina dental la asignación será hecha a la oficina más cercana a su domicilio.

**Benefits Coordinator Use Only/ Para uso del Cordinador de Beneficios Solamente**

Group/ Employer Name	Group No.	Effective Date	Date of Hire
----------------------	-----------	----------------	--------------

**Subscriber's Information/ Información Del Suscriptor**

Last Name/ Apellido		First Name/ Nombre			MI	Subscriber SS#/ Núm. de Seguro Social			
Home Address/ Domicilio					Apt.#/ Núm. de apto.				
City/ Ciudad			State/ Estado			Zip Code/ Código Postal			
Male/ Female Hombre/ Mujer	Date of Birth/ Fecha da Nac.	Home Telephone/ # de Teléfono ( )	Work Telephone/ Teléfono del trabajo ( )	Ext.	Race/ Raza	Ethnicity/ Procedencia étnica	Preferred spoken language/ Idioma que prefiere	Preferred reading language/ Idioma que lee	
1st Choice Dental Office#/ Primera opción de la oficina dental			2nd Choice Dental Office#/ Segunda opción de la oficina dental						

**Dependent Information/ Información Dependiente**

**Provider I.D.#/ Oficina I.D.#**

Spouse/ Child Conyuge/ Niño	Male/ Female Hombre/ Mujer	Last Name/ Apellido	First Name/ Nombre	MI	Date of Birth Fecha da Nac.	Student Estudiante Y/N	Disability Discapacitado Y/N	1st Choice Dental Office Primera opción de oficina dental	2nd Choice Dental Office Segunda opción de oficina dental	Race/ Raza	Ethnicity Procedencia étnica	Preferred spoken language Idioma que prefiere	Preferred reading language Idioma que lee

**Authorization to release dental records** – I hereby authorize the release and disclosure to review, or to obtain a copy of, any and all dental records which pertain to me or any member of my family, maintained by my Western Dental general dentistry provider or specialist, to Western Dental and/ or any designated agent or representative for the purposes of dental treatment, care and for Western Dental's quality assessment and utilization reviews, which will be kept strictly confidential. This authorization shall remain valid for the term of this coverage.

**Autorización de expedientes dentales** – Autorizo por este medio el derecho de revisar, obtener o copiar, cualquiera o todos los records dentales míos o de mi familia que se encuentran archivados en la oficinas de los Western Dental proveedores generales o especialistas dentales a Western Dental y/o cualquier agente designado o representante para propósitos de tratamiento dental, el cuidado, asegurarse o reclamos de la calidad, y de revisar la utilización. Los cuales se mantendrán estrictamente confidencial. Esta autorización será válida para el término de esta cobertura.

Subscriber's Name (Please Print)  
Nombre Del Suscriptor (Por favor escriba)

Signature/ Su Firma

Date/ Fecha

**Waiver of Coverage** – I have been given the opportunity to apply for group dental insurance but am waiving coverage due to:  
**Renuncia de Cobertura** – Se me ofreció la oportunidad de obtener cobertura de grupo dental pero no deseo obtenerla debido a:

I do not choose to elect dental coverage with Western Dental at this time.  
No deseo cobertura con Western Dental en este momento.

I am covered under a spouse's or domestic partner's dental plan.  
Tengo cobertura dental de mi conyuge o pareja domestica.