







# Forma de Inscripción Dental de Medicaid

¿Necesita ayuda para llenar esta forma? Llame gratis al 1-800-964-2777 (TTY: 1-800-267-5008).

Nombre: [HeadName]

Número de teléfono: [HeadPhone]

**Solamente use tinta negra o azul.**

Dirección: [HeadAdd1] [HeadAdd2]

Ciudad: [HeadCity]

Estado: [HeadState]

Código Postal: [HeadZip]

Condado: [HeadCounty]

**Escoja un plan dental.** Para escoger el plan que quiere, llene el círculo (○) de esta manera (●).

Número de Identificación de Medicaid	Nombre	Fecha de Nacimiento	Primera opción		Segunda opción	
			<input type="radio"/> [PlanName1]	<input type="radio"/> [PlanName2]	<input type="radio"/> [PlanName1]	<input type="radio"/> [PlanName2]
[BEN1CIN]	[BEN1NAME]	[BEN1DOB]	<input type="radio"/> [PlanName3]	<input type="radio"/> [PlanName4]	<input type="radio"/> [PlanName3]	<input type="radio"/> [PlanName4]
			<input type="radio"/> [PlanName1]	<input type="radio"/> [PlanName2]	<input type="radio"/> [PlanName1]	<input type="radio"/> [PlanName2]
[BEN2CIN]	[BEN2NAME]	[BEN2DOB]	<input type="radio"/> [PlanName3]	<input type="radio"/> [PlanName4]	<input type="radio"/> [PlanName3]	<input type="radio"/> [PlanName4]
			<input type="radio"/> [PlanName1]	<input type="radio"/> [PlanName2]	<input type="radio"/> [PlanName1]	<input type="radio"/> [PlanName2]

**Escoja un dentista principal (opcional).** Escriba el nombre (Apellido, nombre) y número de teléfono de su primera y segunda opción de dentistas.

[BEN1NAME]	Opción 1 : _____ Teléfono: _____ Opción 2 : _____ Teléfono: _____
[BEN2NAME]	Opción 1 : _____ Teléfono: _____ Opción 2 : _____ Teléfono: _____

**Conteste las siguientes preguntas.** Llene los círculos (○) de esta manera (●).

➤ ¿Qué idioma se habla más en su casa ? ○ Inglés ○ Español ○ Chino ○ Vietnamita ○ Otro: \_\_\_\_\_

➤ ¿Vive alguien en la casa que recibe beneficios de otro seguro médico? Si la respuesta es sí, díganos sobre el otro seguro médico.

