

# APLICACIÓN DEL PACIENTE

PARA SER CONSIDERADO PARA EL PROGRAMA DE SERVICIOS DE ORTODONCIA DONADO, COMPLETE LO SIGUIENTE:

- APLICACIÓN DE PACIENTE DOS**  
COMPLETE LA SOLICITUD ADJUNTA.
- LOS PADRES O TUTORES DEBERÁN PRESENTAR UN COMPROBANTE DE INGRESOS (FORMULARIO DE IMPUESTOS FEDERALES 1040 / 1040EZ O CARTA DE ADJUDICACIÓN DE SSI).**

INCLUYA UNA COPIA DE LA PRUEBA DE INGRESOS CON SU SOLICITUD. SU HIJO DEBERÁ FIGURAR COMO DEPENDIENTE EN SU DECLARACIÓN DE IMPUESTOS.

- CUESTIONARIO DEL PACIENTE**  
HAGA QUE SU HIJO COMPLETE EL CUESTIONARIO "ACERCA DE SU HIJO" (VEA LA ÚLTIMA PÁGINA DE ESTE PAQUETE) E INCLUYA EL FORMULARIO COMPLETO CON LA SOLICITUD DE SU HIJO.

- FORMULARIO DE DERIVACIÓN AL DENTISTA**  
HAGA QUE EL DENTISTA GENERAL DE SU HIJO COMPLETE EL FORMULARIO DE REFERENCIA AL DENTISTA ADJUNTO. EL CONSULTORIO DE SU DENTISTA PUEDE DEVOLVER EL FORMULARIO POR FAX.

ENVÍE LA SOLICITUD A:  
AAO-DONATED ORTHODONTIC SERVICES PROGRAM  
401 N. LINDBERGH BLVD.  
ST. LOUIS, MO 63141

FAX: 314-689-0293

DEBIDO A LA ALTA DEMANDA, LAS SOLICITUDES SE REVISARÁN TRIMESTRALMENTE. LAS ACTUALIZACIONES DE ESTADO SE ENVIARÁN A LAS FAMILIAS A MEDIDA QUE SE PROCESAN LAS SOLICITUDES.

PREGUNTAS? 800-424-2841 X582

# Formulario del paciente



\*Nota: El coordinador no habla español, por favor

## Información del paciente

nombre del niño:

fecha de nacimiento:

dirección del niño:

ciudad:

estado:

código postal:

género:  masculino  femenino  otro \_\_\_\_\_

**Etnia y raza del niño:** selecciona todas las que apliquen. La información recolectada solo será útil para mediciones del programa y se usará para reporte individual.

Indio americano o native de Alaska

Nativo americano o isleño del pacifico

Asiático

Blanco o caucásico

Negro o africano americano

Multi raza/multi etnia

Hispano o latino

Otra \_\_\_\_\_

**¿Dónde vive su hijo?** al complementar este formato usted está afirmando que tiene derechos legales sobre el niño para tomar decisiones médicas.

El niño vive con uno o dos padres

El niño vive con un acudiente/miembro de la familia

El niño vive con una familia de adopción / custodia del estado

## Información del padre o tutor

nombre y apellido del padre o tutor:

relación con el niño:

número de teléfono:

dirección de correo electrónico:

nombre y apellido del padre o tutor:

relación con el niño:

número de teléfono:

dirección de correo electrónico:

Enumere a los adultos (parientes o padrastros) a continuación que puedan recibir u obtener información sobre su hijo. Incluya: Nombre, Relación con el niño, Número de teléfono, Dirección de correo electrónico si corresponde.

## Información sobre cuidado de crianza / custodia estatal

Pase a la página siguiente si no aplica.

Contacto primero, apellido:

Relación con el niño:

número de teléfono:

número de teléfono alternativo:

dirección de correo electrónico:

**¿Tiene documentación legal que le permita tomar decisiones médicas por este niño?**

Si Please attach a copy of the documentation.

No

Enumere a los adultos (familiares, administradores de casos, trabajadores sociales) a continuación que pueden recibir u obtener información sobre este niño. Incluya: Nombre, Relación con el niño, Número de teléfono, Dirección de correo electrónico si corresponde.

## Resumen de necesidades de ortodoncia

Describa brevemente las necesidades dentales de su hijo:

¿Su hijo tiene un dentista general y / o ha sido visto recientemente en una clínica dental?

*Su hijo deberá ser visto por un dentista antes de ser aceptado en el programa de DOS. Comuníquese con el dentista de su hijo para que complete el formulario de recomendación de dentista incluido en esta solicitud.*

Sí  No

¿Su hijo tiene beneficios de Medicaid?

Sí  No

¿Tiene su hijo un seguro dental privado?

Sí  No

¿Su hijo ha sido evaluado por un ortodoncista?

Sí  No

*Si es así, ¿a quién vieron?*

## Información financiera

### Declaración de impuestos o carta de concesión de SSI

Los padres o tutores deben adjuntar una copia de la declaración de impuestos federales del año pasado (1040 / 1040EZ) o las cartas de concesión del Seguro Social (SSI) de cada miembro del hogar con esta solicitud para su revisión. Su hijo debe figurar como dependiente en su hogar.

### Los miembros del hogar

*Enumere a todas las personas que viven en el hogar del niño (incluidos los padres y el niño que solicita tratamiento). Si necesita más espacio, adjunte otra hoja.*

Nombre	Años	Relación con el niño

### Fuentes de ingresos del hogar

*Incluya el ingreso familiar mensual. Si la categoría no se aplica, déjela en blanco.*

fuentes de ingresos	miembro del hogar	monto total en dólares
salario mensual		
seguridad Social (SSI/SSDI)		
manutención de los hijos		
desempleo		
asistencia temporal (TANF)		
cupones de alimentos		
otro		

## Información del programa

---

¿Cómo se enteró del programa DOS?

¿Hasta dónde viajará para recibir un tratamiento de ortodoncia?

*Haremos todo lo posible para encontrarle un proveedor de DOS cerca de la casa de su hijo.*

- Menos de 10 millas de la casa del niño/a.
- 11 a 19 millas de la casa del niño/a.
- 20 a 25 millas de la casa del niño/a.
- Más de 25 millas de la casa del niño/a.
- Otra: \_\_\_\_\_

¿el niño tiene alguna necesidad especial o condición médica? Sí la respuesta es si, por favor explique.

---

**Información adicional** (comparte algo más que te gustaría compartir con nosotros)

## Reglas del programa de servicios de ortodoncia donados

Lea las siguientes reglas del programa de DOS. Si comprende y está de acuerdo, ingrese sus iniciales en el cuadro junto a cada declaración.

1. Los servicios de ortodoncia donados (DOS) solo brindan tratamiento de ortodoncia. Las extracciones, limpiezas dentales, cirugía oral, terapia periodontal y cualquier otro tratamiento que pueda ser necesario antes, durante o después del tratamiento de ortodoncia son responsabilidad financiera de los padres o tutores legales del paciente.
2. Si su hijo tiene caries o enfermedad periodontal (enfermedad de las encías), estas condiciones deben remediarse por completo antes de que comience el tratamiento de ortodoncia.
3. Su hijo debe tener un dentista general, quien debe verificar que se haya completado todo el tratamiento dental necesario antes de que comience el tratamiento de ortodoncia. Además, su hijo debe mantener citas y limpiezas dentales regulares durante el tratamiento de ortodoncia.
4. Durante el tratamiento, si su hijo no se cepilla y usa el hilo dental correctamente, se pueden formar caries alrededor de los frenillos. Si su hijo no mantiene una higiene bucal adecuada o si se forman caries que no se remedian, el ortodoncista tratante tiene la opción de retirar los frenillos y finalizar el tratamiento de ortodoncia. Su hijo puede ser expulsado del programa DOS.
5. Si su hijo es aceptado en el programa DOS, el tratamiento de ortodoncia será proporcionado únicamente por el ortodoncista asignado. Si se aleja del ortodoncista tratante, el coordinador de DOS intentará encontrar a su hijo otro ortodoncista tratante; sin embargo, DOS no puede garantizar que esto sea posible. Si se muda antes de que finalice el tratamiento de ortodoncia y DOS no puede encontrar un nuevo ortodoncista, debe informar a su ortodoncista tratante y hacer los arreglos necesarios para completar el tratamiento, incluida la búsqueda de un nuevo ortodoncista, que se convertirá en su responsabilidad financiera, o tener el actual Ortodoncista quitar los aparatos ortopédicos.
6. Las citas de ortodoncia periódicas son necesarias para asegurarse de que los dientes se muevan como se espera y no se produzcan movimientos no deseados. La mayoría de estas citas serán durante el horario escolar. Es su responsabilidad asegurarse de que se mantengan todas las citas programadas. El no mantener las citas programadas regularmente de forma continua es motivo para que el ortodoncista tratante retire los frenillos y finalice el tratamiento de ortodoncia.
7. Usted y su hijo deben seguir completamente el plan de tratamiento recomendado por su ortodoncista. Si no sigue el plan de tratamiento, el ortodoncista tratante tiene la opción de negarse a continuar con el tratamiento, retirar los aparatos ortopédicos y finalizar el tratamiento de ortodoncia.
8. Durante el tratamiento de ortodoncia, su hijo debe cooperar con el ortodoncista asignado. Si no coopera plenamente con el ortodoncista o no mantiene un comportamiento adecuado para que se pueda administrar el tratamiento, puede que el ortodoncista se niegue a continuar con el tratamiento de ortodoncia hasta que se corrija el comportamiento inadecuado o se retire los aparatos ortopédicos y finalice el tratamiento.
9. Los aparatos rotos o los brackets y bandas sueltos pueden dañar los dientes y el resto de la boca. Su hijo debe tener especial cuidado de no comer alimentos duros o pegajosos ni tirar de los aparatos ortopédicos. Si hay daños frecuentes en los frenillos, el ortodoncista tratante tiene la opción de quitarlos o cobrarle por reparar el daño, lo cual no está cubierto por el programa DOS.
10. Se proporcionará un retenedor, que es necesario para evitar que los dientes se muevan, como parte del tratamiento de ortodoncia sin cargo. Si el retenedor se daña o se pierde, se le cobrará por un retenedor de reemplazo.

# Pautas del programa de servicios de ortodoncia donados

Lea las siguientes pautas del programa. Si comprende y acepta las condiciones, firme a continuación.

Entiendo que tendré que proporcionar información personal que incluya pero no se limite a condiciones médicas, dentales y financieras.

Doy mi consentimiento para que el coordinador del programa obtenga información del médico, dentista, personas de contacto que mencioné y / o agencias gubernamentales o privadas de mi hijo para determinar la elegibilidad para el programa DOS.

Entiendo que la información proporcionada por mí o por otros como se indicó anteriormente se puede dar solo a los voluntarios involucrados en el tratamiento de mi hijo y se mantendrá confidencial.

Doy permiso para que el coordinador del programa comparta información sobre mi hijo con uno o más Ortodoncistas voluntarios en el programa DOS.

Me doy cuenta de que la solicitud para el programa DOS no garantiza que mi hijo sea derivado para un examen o que sea aceptado como paciente después de un examen.

Entiendo que la Asociación Estadounidense de Ortodoncistas (AAO), que coordina el programa DOS, determinará si mi hijo es elegible para el programa y, de ser así, buscará derivar a mi hijo a un ortodoncista voluntario participante. Además, entiendo que el ortodoncista, no la AAO, es el único responsable del diagnóstico y de cualquier posible tratamiento dental que pueda recibir mi hijo.

Entiendo que el ortodoncista se ha ofrecido como voluntario para tratar la afección dental existente de mi hijo únicamente y no está obligado a brindar atención donada en el futuro ni a mantener a mi hijo como paciente.

Entiendo la importancia de cumplir con todas las citas programadas. Si no lo hace, sin avisar a los ortodoncistas con al menos 24 horas de anticipación, puede descalificar a mi hijo para que no reciba tratamiento adicional a través del programa.

A mi leal saber y entender, la información proporcionada en este formulario es una divulgación completa y precisa de mi estado físico, médico y financiero actual.

---

**Nombre del padre/tutor  
(en letra de imprenta)**

**Firma del padre/tutor**

**Fecha de hoy**

*\* Se requiere nombre y firma del paciente  
si tiene 18 años.*

---

**Nombre del padre adoptivo /  
custodia estatal (en letra  
de imprenta)**

**Firma del padre adoptivo  
/custodia estatal**

**Fecha de hoy**

**Correo:** AAO, Attn: Donated Orthodontic Services  
401 North Lindbergh Blvd., St. Louis, MO 63141  
**Fax:** Attn: Donated Orthodontic Services @ 314.689.0293  
**\*Preguntas:** 1.800.424.2841 x582

# SOBRE TU HIJA/HIJO

## DOS CUESTIONARIO DE SOLICITUD

DOS APPLICATION QUESTIONNAIRE

**PARENTS/GUARDIANS:** haga que su hijo complete las preguntas a continuación, adjunte páginas adicionales si es necesario.

### EL NOMBRE DEL NIÑO:

CHILD'S NAME

★ **¿CUÁL ES LA MEJOR PARTE DE TENER TU EDAD?**

WHAT IS THE BEST PART ABOUT BEING YOUR AGE?

### TUS COSAS FAVORITAS

YOUR FAVORITE THINGS

**COMIDA:**

FOOD

**CANCIÓN:**

SONG

**COLOR:**

**PASATIEMPO:**

HOBBY

**¿QUE QUIERES SER CUANDO SEAS GRANDE?**

WHAT DO YOU WANT TO BE WHEN YOU GROW UP?

**¿QUÉ ES LO QUE MÁS AMAS DE TI?**

WHAT DO YOU LOVE MOST ABOUT YOURSELF?



**SI PUDIERAS TENER ALGUNA SUPERPOTENCIA, ¿CUÁL SERÍA Y POR QUÉ?**

IF YOU COULD HAVE ANY SUPERPOWER, WHAT WOULD IT BE AND WHY?



**CUÉNTANOS SOBRE TI EN**

**UNA PALABRA:**

TELL US ABOUT YOU IN ONE WORD:

**UN DATO DIVERTIDO SOBRE TI:**

ONE FUN FACT ABOUT YOU:



**¿QUÉ SIGNIFICARÍA TENER FRENILLOS PARA TI?**

WHAT WOULD HAVING BRACES MEAN TO YOU?

**¿CÓMO MEJORARÍAN TU VIDA?**

HOW WOULD THEY MAKE YOUR LIFE BETTER?

# Dentist Referral Form



**Dentist:** Your patient has applied to receive Donated Orthodontic Services. Please complete the referral form on their behalf. Donated Orthodontic Services is a program of the American Association of Orthodontists Foundation (AAOF), with a goal of providing orthodontic treatment to children whose need is significant enough to suffer detrimental dental and/or social effects. Thank you for taking the time to thoughtfully consider your response.

**Completed forms may be returned via secure fax to 314.689.0293.**

**Patient Name:**

**DOB:**

How long has the patient been under your care?

How often are they seen?

Is the patient in need of orthodontic treatment?  Yes  No

Is the patient motivated to receive orthodontic treatment?  Yes  No

Does the patient's family keep appointments?  Yes  No

Is the patient carries free?  Yes  No

Does the patient have good oral hygiene?  Yes  No

**Description of patient's current condition:**

**Dentition**  Primary  Mixed  Permanent

**Malocclusion**  Not Severe  Moderate  Severe

**Spacing**  Yes  No **Comments:**

**Crowding**  Yes  No **Comments:**

**Overjet**  Yes  No **Comments:**

**Crossbite**  Yes  No **Comments:**

**Overbite**  Yes  No **Comments:**

**Misalignment**  Yes  No **Comments:**

Would you recommend this patient for treatment through the DOS program?  Yes  No

Please include anything else that should be considered when evaluating this case:

Dentist Signature:

Office Contact Information:

Dentist Name (please print):

Date:

**Thank you for your assistance! Questions: 1.800.424.2841 x582**