



Solicitud de Membresía* Internacional AAO y WFO



Estoy solicitando la siguiente membresía/s: AAO internacional Estudiante internacional AAO Miembro del WFO Estudiante de WFO

Contacto

Nombre de pila _____ Segundo nombre _____ Apellido _____
 Fecha de Nacimiento _____ País de Nacimiento _____ Género: Male Female
 Soy ciudadano de _____ (Por favor, indique el país del que es ciudadano si es diferente al país donde nació)

Debe completar la información que se encuentra a continuación para la OFICINA PRINCIPAL O CENTRO DE ENSEÑANZA o para la información de contacto INICIAL.

OFICINA PRINCIPAL O CENTRO DE ENSEÑANZA

DIRECCION DE CASA

Dirección _____
 Website: http:// _____
 Ciudad _____
 Provincia del estado _____
 Código postal _____
 País _____
 Teléfono _____
 Fax _____
 Correo electrónico _____

Dirección _____
 Ciudad _____
 Provincia del estado _____
 Código postal _____
 País _____
 Teléfono fijo _____
 Teléfono móvil _____
 Correo electrónico personal _____

Prefiero recibir correo en esta dirección Oficina Casa
 Prefiero recibir un correo electrónico en Trabajo Personal

EDUCACIÓN (por favor explique claramente el nombre completo de la universidad)

Escuela dental asistida _____ Grado (si lo hay) _____ Fecha de graduación _____
 Escuela de ortodoncia asistida _____ Grado (si lo hay) _____ Fecha de graduación** _____

** Si actualmente es estudiante, indique su fecha prevista de finalización.

Información de Pago

CUOTA DE SOCIO: Tarjeta de crédito*** Cheque Giro postal Efectivo (solo en el sitio)

Las cuotas anuales de membresía del AAO son del 1 de junio al 31 de mayo y no se prorratean.
 Las cuotas de WFO se facturan en la fecha de aniversario de su aceptación original como miembro de WFO.

Las cantidades que figuran a continuación son válidas hasta el 31 de mayo de 2020.

Los cuotas de los estudiantes internacionales de la AAO serán gratuitas durante el primer año. (Después del primer año, a los miembros internacionales se les cobrará una cantidad anual de **\$30 USD**)

A los solicitantes internacionales de AAO se les cobrará una tarifa de solicitud de U.S. de **\$30** más las cuotas de su primer año por un monto de **\$396.50 U.S.**

Solicitantes de membresía del WFO: 5 años **\$230 U.S.** 3 años **\$150 U.S.** 1 año **\$120 U.S.**

Solicitantes de estudiantes de WFO: 5 años **\$105 U.S.** 4 años **\$80 U.S.** 3 años **\$55 U.S.** 2 años **\$45 U.S.** 1 año **\$25 U.S.**

*** Si paga con tarjeta de crédito, complete la siguiente información:

Visa Mastercard AMEX número de cuenta _____ fecha de caducidad _____

Firma _____ CVV _____

DEVUELVA LA SOLICITUD COMPLETADA Y MATERIALES SOLICITADOS A

AAO/WFO Membership
 401 N. Lindbergh Blvd.
 Saint Louis, MO 63141-7816, USA

Fax +1.314.997.1745
 Email AAO: membership@aaortho.org
 Email WFO: wfo@wfo.org

PREGUNTAS

AAO +1.314.292.6518 WFO +1.314.993.5040
 http://www.aaoinfo.org http://www.wfo.org

Si está solicitando convertirse en miembro internacional AAO o miembro estudiante internacional AAO, debe completar esta sección y debe ser miembro de la WFO.

WFO Member # _____ (Si actualmente no es miembro de la WFO, complete la sección del solicitante WFO a continuación.)

MIEMBROS DE AAO INTERNATIONAL

Debe haber completado con éxito el plan de estudios de un programa avanzado de educación especializada en ortodoncia en los Estados Unidos o Canadá, acreditado por la Comisión de Acreditación Dental de la Asociación Dental Americana o la Comisión de Acreditación Dental de Canadá O ser un miembro en buenos términos de la World Federation of Orthodontists (WFO). Por favor firme la promesa a continuación.

MIEMBROS DE AAO INTERNATIONAL STUDENT

Debe ser aceptado o inscrito como estudiante de tiempo completo en un programa de ortodoncia fuera de EE. UU. Y Canadá y ser un miembro estudiante acreditado de la WFO. Por favor, firme la promesa a continuación.

De acuerdo con los Estatutos de AAO, todos los miembros de AAO deben firmar un compromiso de adherirse a los Principios de Ética de esta Asociación.

COMPROMISO DE LA AMERICAN ASSOCIATION OF ORTHODONTISTS

La Asociación Americana de Ortodontistas (AAO), busca ejemplificar, hacer cumplir y promover las más altas tradiciones en la práctica de la ortodoncia. Al hacer esta solicitud, acepto que la AAO puede investigar mis calificaciones y cualificaciones. Por lo tanto, me comprometo, como condición para ser miembro de la AAO, a vivir estrictamente de acuerdo con todos sus principios, declaraciones y reglamentos, tal como se presentan en los Estatutos y los Principios de Ética y el Código de Conducta Profesional de la AAO, que He recibido y leído.

Firma _____ Fecha _____

WORLD FEDERATION OF ORTHODONTISTS JURAMENTO

Estipulo bajo juramento que las respuestas a todas las preguntas en esta solicitud son verdaderas y completas a mi leal saber y entender y que estoy calificado para ser miembro de WFO o estudiante. También entiendo y acepto que la WFO puede investigar mis calificaciones y cualificaciones. Además, renuncio al derecho de mantener a la WFO, sus afiliados, comité ejecutivo, oficiales, miembros y empleados responsables de cualquier daño como resultado de la denegación de esta solicitud o cualquier otra medida tomada por la WFO.

Firma _____ Fecha _____

(Por favor imprimir excepto para la firma)

SOLICITANTES DE MIEMBRO DEL WFO

Escriba su nombre como desee que aparezca en el certificado de beca

Organización de ortodoncia nacional o regional a la que pertenezco

País donde se encuentra la organización
(debe ser una organización afiliada de la WFO)

Nombre del presidente

Nombre de la Organización de Ortodoncia

Por la presente certifico que la persona nombrada en esta solicitud es especialista en ortodoncia y miembro de buena reputación en nuestra organización, practica o enseña dentro de la frontera o área de la jurisdicción de nuestra organización, y es elegible para convertirse en un miembro de la WFO.

Firma del Presidente

Fecha

POR FAVOR INTRODUZCA LA INFORMACIÓN DE PAGO AL REVERSO

SOLICITANTES DE ESTUDIANTES DE WFO

Por la presente certifico que el solicitante en este formulario está inscrito como estudiante de ortodoncia de posgrado en la institución declarada en la que estoy empleado.

Nombre del decano, presidente del departamento de ortodoncia o director del programa.

Título

Firma

Dirección de correo electrónico

Nombre del presidente

Nombre de la Organización de Ortodoncia

He examinado la certificación del estado de posgrado en ortodoncia de este solicitante y verifico que él/ella es elegible para convertirse en MIEMBRO ESTUDIANTIL de la WFO.

Firma del Presidente

Fecha

POR FAVOR INTRODUZCA LA INFORMACIÓN DE PAGO AL REVERSO