

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



Formulario en línea disponible: https://www.aaoinfo.org/_/donated-orthodontic-services/

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

*Nota: El coordinador no habla español, por favor deje un mensaje para una llamada de regreso.

Fecha de hoy:

Nombre del niño:

Fecha de nacimiento:

Dirección del niño:

Ciudad:

Estado:

código postal:

Genero de niño/a: 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.*

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Indio americano o native de Alaska | <input type="checkbox"/> Nativo americano o isleño del pacifico |
| <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Blanco o caucásico |
| <input type="checkbox"/> Negro o africano americano | <input type="checkbox"/> Multi raza/multi etnia |
| <input type="checkbox"/> Hispano o latino | <input type="checkbox"/> Otra _____ |

¿Su hijo tiene un dentista o ha visitado recientemente una clínica dental?

Su hijo necesitará ver a un dentista antes de ser aceptado en el programa DOS, se requiere una remisión del dentista.

Si No

Información de contacto del dentista

El dentista de su hijo o la clínica dental necesitan diligenciar el formato de referencia DOS. (ultima hoja del documento)

Nombre del dentista: _____ número de teléfono : _____

¿Su hijo tiene beneficios médicos? Si No

¿Su hijo tiene seguro dental? Si No

¿Su hijo ha sido evaluado por un ortodoncista? Si No

si la respuesta es sí, ¿que evaluó el ortodoncista?

Brevemente describe las necesidades dentales de su hijo:

¿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 (pase a la página 3)

Información del padre o acudiente

Padre/acudiente # 1	Relación con el niño:		
Primer nombre:	Apellido:		
Número fijo:	Número de celular:		
dirección de correo electrónico :			
Padre/acudiente # 2	Relación con el niño:		
Primer nombre:	Apellido:		
Número fijo:	Número de celular:		
dirección de correo electrónico :			
<p>Por favor enumere otros adultos que puedan recibir información relacionada con el niño. <i>Coloque en la lista algún familiar, padres adoptivos etc. Que puedan recibir información en el tratamiento de DOS.</i></p>			
Nombre	teléfono	correo electrónico	relación con el niño

Información Financiera

Miembros del domicilio: *escribe el nombre de todas las personas con las que vive el niño (incluyendo padres y el niño que requiere el tratamiento. si necesita más espacio agrega otra hoja.*

Nombre	Edad	Relación con el niño

Recursos que entran al domicilio *Por favor escribe los ingresos mensuales del domicilio. si la categoría no aplica, déjalo en blanco, si necesitas espacio adicional por favor agrega otra hoja.*

Nombre y apellido del miembro del domicilio	Ganancias mensuales	Seguridad social (SSI)	Discapacitado (SSDI)	Apoyo para el niño	Desempleado	Asistencia temporal (TANF)	Otra
	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$

Los padres o acudientes deben mostrar una copia de impuestos anuales o de su seguridad social y una carta con la aplicación para revisar. El niño debe nombrarse como dependiente en su domicilio.

Información del niño en adopción/custodia del estado

Información de contacto:

Relación con el niño:

Primer nombre:

Apellido:

Número de teléfono:

número de celular:

Dirección de correo electrónico:

¿Tiene documentación legal que le permita tomar decisiones medicas de el niño/a? *Adjunte una copia de la documentación.* Si No

Por favor haga una lista de los adultos que pueden recibir información acerca del niño/a.
Nombre familiares, manejadores del caso, trabajadores sociales, Que puedan recibir información en el tratamientos de DOS .

Nombre

Telefono

Correro
elctronico

Relación

Información del programa

¿Como se entero acerca del programa DOS?

¿Qué tan lejos viaja por su tratamiento ortodóntico?
Haremos lo posible por relacionarlo con un proveedor de DOS cerca de la casa del niño/a.

- 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 medica? Sí la respuesta es si, por favor explique.

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

Guías del programa DOS

**Por favor lea las siguientes declaraciones.
Si comprende y acepta las condiciones, marque la casilla de verificación "Acepto".**

Entiendo que necesitaré proporcionar información personal que incluye afecciones médicas, dentales y financieras.

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

Entiendo que la información proporcionada por mí u otros, como se indicó anteriormente, solo se puede proporcionar 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 será remitido para un examen o que él o ella serán aceptados como pacientes después de un examen.

Entiendo que la Asociación americana de Ortodoncia (AAO), la cual coordina el programa DOS, va a decidir si mi hijo es elegible para el programa y de ser así, buscará derivarlo 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 proporcionar atención donada en el futuro ni a mantener a mi hijo como paciente.

Entiendo la importancia de cumplir con todas las citas programadas. De no hacerlo, sin un aviso de al menos 24 horas a los ortodoncistas, puede descalificar a mi hijo para que no reciba tratamiento en el futuro a través del programa.

Estoy de acuerdo en que autorizaré al ortodoncista tratante a divulgar la información necesaria sobre el estado del paciente de mi hijo al Coordinador del Programa AAO DOS durante todo el tratamiento.

Según este conocimiento, la información provista en este formulario es una divulgación completa y precisa de mi estado físico, médico y financiero actual.

estoy de acuerdo

Nombre del padre / tutor (en letra de imprenta)
*** Se requiere nombre y firma del paciente si tiene 18 años.**

Firma del padre / tutor

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

Firma del padre adoptivo /custodia estatal

Lea las siguientes Reglas del programa DOS con su hijo. Si ambos entienden y aceptan las condiciones, firme a continuación.

1. Los servicios de ortodoncia donados (DOS) brindan solo 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 comenzar el tratamiento de ortodoncia.
3. Su hijo debe tener un dentista general, que 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 hilo dental adecuadamente, se pueden formar caries alrededor de los aparatos ortodóncicos. 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 quitar los brackets y finalizar el tratamiento de ortodoncia. Su hijo puede ser despedido del programa DOS.
5. Si su hijo es aceptado en el Programa DOS, solo el ortodoncista asignado proporcionará el tratamiento de ortodoncia. Si pierde el contacto con el 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 que hacer retirar los brackets por el ortodoncista actual.
6. Las citas regulares de ortodoncia son necesarias para asegurarse de que los dientes se muevan como se espera y que no ocurra ningún movimiento no deseado. La mayoría de estas citas serán durante el horario escolar. Es su responsabilidad asegurarse de que se cumplan todas las citas programadas. El incumplimiento de las citas programadas regularmente de forma continuada es motivo para que el ortodoncista tratante retire los frenos 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 el tratamiento, quitar 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 completamente con el ortodoncista o no mantiene un comportamiento adecuado para que el tratamiento pueda administrarse, el ortodoncista puede negarse a continuar el tratamiento de ortodoncia hasta que se corrija el comportamiento incorrecto o se retiren los aparatos ortopédicos y finalice el tratamiento.
9. Los artefactos rotos o los brackets y bandas sueltas pueden dañar los dientes y el resto de la boca. Su hijo debe tener especial cuidado de no comer alimentos duros o pegajosos o jalar los frenos. Si hay daños frecuentes en los aparatos ortopédicos, el ortodoncista tratante tiene la opción de quitar los aparatos ortopédicos o cobrarle por reparar el daño, que 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.

Nombre del adulto (por favor letra imprenta)

Nombre del niño – paciente. firma

Fecha

Nombre del niño – paciente (por favor letra imprenta)

Nombre del niño – paciente. Firma

Fecha

Dentist Referral Form



Referring Dentist: Your patient has applied to received Donated Orthodontic Services. Please complete the referral form on their behalf.

Mail: AAO, Attn: Donated Orthodontic Services
401 North Lindbergh Blvd., St. Louis, MO 63141
Fax: Attn: Donated Orthodontic Services @ 314.689.0293
Questions: 1.800.424.2841 x582

Today's Date: _____

Patient Name: _____

DOB: _____

Date of last appointment: _____

How often is the patient seen in your office? _____

Does the patient's family keep appointments? Yes No

Is the patient in need of orthodontic treatment? Yes No

Is the child motivated to receive orthodontic treatment? Yes No

Description of Patient's Current Condition:

Malocclusion	<input type="checkbox"/> Class I	<input type="checkbox"/> Class II	<input type="checkbox"/> Class III	
Spacing	<input type="checkbox"/> Mild ≤ 3 mm	<input type="checkbox"/> Moderate 4-6 mm	<input type="checkbox"/> Severe ≥ 7 mm	
Crowding	<input type="checkbox"/> Mild ≤ 3 mm	<input type="checkbox"/> Moderate 4-6 mm	<input type="checkbox"/> Severe ≥ 7 mm	
Overjet	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Moderate 2-5mm	<input type="checkbox"/> Severe ≥ 6mm	
Crossbite	<input type="checkbox"/> None	<input type="checkbox"/> Anterior	<input type="checkbox"/> Posterior	
Overbite	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Moderate (50-75%)	<input type="checkbox"/> Severe > 75%	<input type="checkbox"/> Open Bite
Misalignment	<input type="checkbox"/> None	<input type="checkbox"/> Mild	<input type="checkbox"/> Moderate	<input type="checkbox"/> Severe
Description of Dentition:	<input type="checkbox"/> Primary		<input type="checkbox"/> Mixed	<input type="checkbox"/> Permanent
Is the patient carries free?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
Does the Patient have good oral hygiene?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			

Comments:

Dentist Name (Please Print)

Dentist Signature

Thank you for your assistance!

Dentist Phone Number

Formato de remisión del dentista



Dentista remitente: su paciente ha solicitado recibir los Servicios de ortodoncia donados. Complete el formulario de referencia en su nombre.

Mail: AAO, Attn: Donated Orthodontic Services
401 North Lindbergh Blvd., St. Louis, MO 63141
Fax: Attn: Donated Orthodontic Services @ 314.689.0293
Questions: 1.800.424.2841 x582

Fecha de hoy: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Fecha de la última cita: _____

¿Con que frecuencia ve usted su paciente en la oficina? _____

¿la familia del paciente mantiene citas? Si No

¿el paciente necesita tratamiento de ortodoncia? Si No

¿el niño se encuentra motivado con el tratamiento? Si No

DESCRIPCION DE LA CONDICION ACTUAL DEL PACIENTE:

Maloclusion	<input type="checkbox"/> clase I	<input type="checkbox"/> clase II	<input type="checkbox"/> clase III	
Espacio	<input type="checkbox"/> leve ≤ 3 mm	<input type="checkbox"/> moderado 4-6 mm	<input type="checkbox"/> severo ≥ 7 mm	
Apiñamiento	<input type="checkbox"/> leve ≤ 3 mm	<input type="checkbox"/> moderado 4-6 mm	<input type="checkbox"/> severo ≥ 7 mm	
sobremordida horizontal	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> moderado 2- 5 mm	<input type="checkbox"/> severe ≥ 6mm	
Mordida Cruzada	<input type="checkbox"/> no presenta	<input type="checkbox"/> Anterior	<input type="checkbox"/> Posterior	
sobremordida vertical	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> moderada (50-75%)	<input type="checkbox"/> severo > 75%	<input type="checkbox"/> Open Bite
desalineamiento	<input type="checkbox"/> None	<input type="checkbox"/> leve	<input type="checkbox"/> moderado	<input type="checkbox"/> severo
tipo de dentición:	<input type="checkbox"/> primario		<input type="checkbox"/> mixto	<input type="checkbox"/> permanente
el paciente recibe atención gratuita?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
el paciente tiene buena higiene oral?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			

Comentarios:

Nombre del dentista

firma del dentista

Número telefónico del dentista

¡gracias por su apoyo!

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?