



En respuesta a su reciente indagación acerca de la disponibilidad del cuidado gratis o de bajo costo de ortodoncia, nosotros somos complacidos en proporcionar la información siguiente sobre el programa Donated Orthodontic Services (DOS) en el Estado de Illinois.

Los ortodoncistas a través de el Estado de Illinois se han ofrecido a proporcionar el cuidado de ortodoncia a niños, quién a causa de falta de ingresos familiares adecuados, no puede proporcionar el cuidado de ortodoncia necesitado.

Los siguientes son los criterios de elegibilidad para el programa:

### ELEGIBILIDAD

- Los pacientes deben ser residentes del Estado de Illinois
- Los pacientes deben estar entre las edades de 7-18; adultos serán considerados sólo bajo circunstancias especiales
- Los pacientes no pueden estar en frenos ni en media fase de tratamiento de ortodoncia.
- El padre o el guardián debe someter su más reciente declaraciones de taxes federales (y el estado si aplicable) con su aplicación.
- El paciente debe ser inelegible para el tratamiento de ortodoncia por seguro o ayuda pública.

### PROCEDIMIENTOS de APLICACION

**PRIMER PASO:** Por favor complete, firme y regrese la aplicación, junto con una copia de su 1040, 1040A o 1040EZ de declaraciones de taxes del último año para la casa. Incluya también una remisión de su dentista que dice que su hijo está en la necesidad de los frenos y una carta de su hijo que diga por qué quieren los frenos y cómo va a cuidar de ellos.

**SEGUNDO PASO:** Cuando su aplicación este lista para ser revisada, la coordinadora de referencia le llamará para obtener información adicional necesaria (si no califican la coordinadora de referencia les dirá durante la llamada)

**TERCER PASO:** La coordinadora de referencia compartirá la información sobre una persona tentativamente aceptada con un Ortodoncista voluntario.

**CUARTO PASO:** Será notificado del nombre del ortodoncista y el número de teléfono y usted será responsable de planificar una cita para un examen. LA ACEPTACION FINAL en el programa sólo será hecha después de que el examen clínico cuando las necesidades específicas de tratamiento sean establecidas.

**QUINTO PASO:** Los solicitantes determinados elegibles seran responsable de un honorario de \$200 a Servicios Donados de Ortodoncia (DOS). Este dinero no va al orthodontista, pues él/ella unicamente está ofreciendo su tiempo voluntariamente. Este honorario cubre el procesamiento de aplicaciones y la coordinación del cuidado. El honorario será reunido después de que el niño haya visto al ortodoncista y sea determinado elegible para el programa.

*Después de recibir su aplicación será colocada en una lista de espera.* Tenga por favor paciencia; debido a limitaciones del programa, nosotros no podemos procesar cada aplicación tan pronto como es recibida. La coordinadora de referencia lo contactará cuando su aplicación suba a los primeros de la lista para revisar su aplicación.

**APLICACION SERVICIOS DONADOS DE ORTODONCIA (DOS)**

Donated Orthodontic Services  
1800 15<sup>TH</sup> ST.  
DENVER, CO 80202  
(888) 471-6334  
(303) 534-5290 - FAX

FECHA DE APLICACION: \_\_\_\_\_

**SOLICITANTE**

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre o Guardián \_\_\_\_\_ Numero de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del niño(a): \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

COMO SE DIO CUENTA DEL PROGRAMA DOS? \_\_\_\_\_

**PERSONA DE CONTACTO (Familiar, amigo, etc.):**

Nombre: \_\_\_\_\_ Numero de teléfono: \_\_\_\_\_

Relación al niño(a) \_\_\_\_\_

**NUMERO DE PERSONAS QUE VIVEN EN SU CASA: \_\_\_\_\_**

<b>Nombre de cada persona</b>	<b>Edad</b>	<b>Relación al niño(a)</b>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Para uso internal solamente:	Requested	Received
Tax/Income Verification:	_____	_____
Dentist Referral Form:	_____	_____
Letter from Child:	_____	_____

**INFORMACION ECONOMICA**

**HOUSEHOLD MONTHLY INCOME:**

Padre o Guardián #1 \_\_\_\_\_ Esta Empleado? \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO

Lugar de Empleo: \_\_\_\_\_ Cuanto gana mensualmente: \$ \_\_\_\_\_

Padre o Guardián #2 \_\_\_\_\_ Esta Empleado? \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO

Lugar de Empleo: \_\_\_\_\_ Cuanto gana mensualmente: \$ \_\_\_\_\_

¿Hay otras fuentes de ingresos para su casa, como Seguro Social, SSI, TANF, Desempleo, la Manutención de hijos, etc.)? Si eso es el caso, por favor de indicar abajo:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

INGRESOS MENSUALES TOTALES DE LA CASA DE TODAS LAS FUENTES ECONOMICAS: \$ \_\_\_\_\_

EI VALOR TOTAL DE AHORROS DEL NINO Y PADRES: \$ \_\_\_\_\_

EI VALOR TOTAL DE INVERSIONES DEL NINO Y PADRES: \$ \_\_\_\_\_

**EL PADRE O EL GUARDIAN DEBE SOMETER UNA COPIA DE SU ULTIMA DECLARACION DE TAXES FEDERALES (1040, 1040A, o 1040EZ) CON ESTA APLICACION**

EI NINO RECIVE BENEFICIOS DE MEDICAID? \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO

NUMERO DE MEDICAID # \_\_\_\_\_

TIENE EL NINO ASEGURANSA DENTAL? \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO

**NECESIDADES DENTALES**

DESCRIBA BREVEMENTE LAS NECESIDADES DE ORTODONCIA DE EL NIÑO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿TIENE SU NIÑO UN DENTISTA? \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO

SI SI, QUE ES EL NOMBRE DEL DENTISTA: \_\_\_\_\_

NUMERO DE TELEFONO DEL DENTISTA: \_\_\_\_\_

¿QUE ES LA FECHA DE LA ULTIMA VISITA DENTAL DEL NINO? \_\_\_\_\_

¿HA RECOMENDADO UN DENTISTA FRENOS PARA SU NIÑO? \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO

¿COMO ASEGURARA USTED QUE SU NIÑO LLEGE A LAS CITAS DE ORTODONCIA A TIEMPO?

\_\_\_\_\_

**¿HAY UN ORTODONCISTA QUE TOMA PARTE EN EL PROGRAMA DE DOS QUE YA HA ACEPTADO TRATAR SU NIÑO? \_\_\_\_\_SI \_\_\_\_\_NO**

**SI SI, QUE ES EL NOMBRE DEL ORTODONCISTA: \_\_\_\_\_**

**NUMERO DE TELEFONO DEL ORTODONCISTA: \_\_\_\_\_**

**INFORMACION ADICIONAL**

**Utilice este espacio para elaborar información no explicada en otras áreas:**

---

---

---

**EI PADRE O EL GUARDIAN DEBE ESTAR DISPUESTO A ADHERIR A REGLAS DEL PROGRAMA DONADAS SERVICIOS DE ORTODONCIA; EL PACIENTE DEBE:**

- **Tener visitas dentales regulares durante el tratamiento de ortodoncia;**
- **Mantener la higiene oral buena;**
- **Mantener todas las citas regularmente;**
- **Tomar el cuidado apropiado de todos los aparatos de ortodoncia;**
- **Se Conformar con todas las instrucciones dadas por el Ortodoncista**

**HE LEIDO LAS REGLAS SIGUIENTES Y SI EL SOLICITANTE ES SELECCIONADO PARA SER UN PACIENTE EN EL PROGRAMA DE DOS, YO ASEGURARE QUE LAS CONDICIONES ENCIMA SEAN REALIZADAS.**

**FIRMA DEL PADRE O GUARDIAN: \_\_\_\_\_**

**FECHA: \_\_\_\_\_**

**( POR FAVOR DE FIRMAR LA PAGINA 4)**

*Lea por favor las declaraciones siguientes. Si comprende y acepta las condiciones, firme por favor y ponga la fecha en el fondo.*

Comprendo que deberé proporcionar información personal que incluye, pero no es limitado a, condición médica, dental y financiera.

Doy mi consentimiento para que el coordinador de referencia a obtenga información del médico de mi niño, el dentista, personas de contacto que listé, y/o el gobierno o agencias privadas para determinar su elegibilidad en el programa de DOS.

Comprendo que información proporcionado por mí o por otros, como notado arriba, se dará sólo a los voluntarios implicados en el tratamiento de mi niño y será tenido confidencial.

Doy permiso para que el coordinador de referencia comparta información sobre mi niño con uno o más dentistas voluntarios/ortodoncistas del programa DOS.

Comprendo que la aplicación al programa de DOS no asegura que mi niño será referido para un examen o que será aceptado como un paciente siguiendo el examen.

Comprendo que la National Foundation of Dentistry for the Handicapped, que coordina el programa de DOS, determinará si mi niño es elegible para el programa y si eso es el caso, procurará referir a mi niño a un participante a ortodoncista voluntario. Comprendo aún más que el ortodoncista que trata es únicamente responsable de diagnóstico y algún tratamiento posible que mi niño quizás reciba para sus necesidades de ortodoncia.

Comprendo que la Base Foundation of Dentistry for the Handicapped, y la Asociación Norteamericana de Ortodoncistas (AAO) no es responsable de ningún tratamiento de ortodoncia y/o dental rendido por referencia por este servicio.

Comprendo que los ortodoncistas se han ofrecido a tratar la condición ortodoncia de mi niño sólo y no son obligados a proporcionar el cuidado donado en el futuro ni mantener a mi niño como un paciente.

Comprendo la importancia de mantener todas las citas planificadas. El fracaso para hacer así, sin por lo menos 24 horas de advertencia al ortodoncista, puede descalificar a mi niño de obtener tratamiento adicional por este programa.

Según mi leal saber y entender, la información proporcionada en esta forma es una revelación llena y exacta de mi corriente estatus físico, médico y financiero.

Firma del Padre o guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de la persona que lo referio (si applicable): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**La Foto y la Información opcionales Consienten Forma**

"Doy mi permiso a la Foundation of Dentistry for the Handicapped, y el AAO para utilizar el nombre de mi niño, la información, las declaraciones, o la fotografía para propósitos públicos de relaciones, y para atribuir mis declaraciones a mí como una expresión de mi experiencia personal. Comprendo que esta información puede ser utilizada en diarios dentales, paginas de web, artículos médicos, los anuncios u otras materias de marketing que promueven los programas de la fundación y favorecen participación de profesionales y funders dentales. Yo también concuerdo que ninguna materia debe ser sometida a mí para más aprobación, y yo doy el derecho de registrar en el registro de la propiedad literaria tal materia si necesario. Comprendo que si yo no otorgo este permiso, no afectará la elegibilidad de mi niño para recibir servicios del programa Donated Orthodontic Services (DOS)."

Firma del padre o guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## **Donated Orthodontic Services Program Patient Rules**

1. Donated Orthodontic Services (DOS) provides for orthodontic treatment only. Extractions, dental cleanings, oral surgery, periodontal therapy, and any other treatment that may be necessary before, during, or after orthodontic treatment are the financial responsibility of the patient's parents or legal guardians. This treatment may be sought through public aid as well.
2. If your child has cavities or periodontal disease (gum disease), these conditions must be completely remedied before orthodontic treatment begins.
3. Your child must have a general dentist, who must verify that all necessary dental treatment has been completed before orthodontic treatment begins. In addition, your child must maintain regular dental appointments and cleanings during orthodontic treatment.
4. During the course of treatment, if your child does not brush and floss their teeth properly, cavities can form around the braces. If your child does not maintain proper oral hygiene or if cavities form which are not remedied, the treating orthodontist has the option to remove the braces and end the orthodontic treatment. Your child will then be dismissed from the DOS Program.
5. If your child is accepted into the DOS Program, orthodontic treatment will be provided by the assigned orthodontist only. If you move away from the treating orthodontist, the DOS Coordinator will attempt to find your child another treating orthodontist; however DOS cannot guarantee that this will be possible. If you move before the orthodontic treatment finishes and DOS is unable to find a new orthodontist, you must advise your treating orthodontist and make any arrangements necessary to complete treatment, including finding a new orthodontist, which will become your financial responsibility, or having the current orthodontist remove the braces.
6. Regular orthodontic appointments are necessary to make sure the teeth move as expected and no unwanted movement occurs. Most of these appointments will be during school hours. It is your responsibility to make sure that all of the scheduled appointments are kept. Failure to maintain regularly scheduled appointments on a continued basis is grounds for the treating orthodontist to remove the braces and end the orthodontic treatment.
7. You and your child must completely follow the treatment plan recommended by your orthodontist, which will be explained to you before orthodontic treatment begins. If you fail to follow the treatment plan, the treating orthodontist has the option to refuse to continue treatment, to remove the braces, and to end the orthodontic treatment.
8. During the course of orthodontic treatment, your child must cooperate with the assigned orthodontist. Failure to cooperate fully with the orthodontist or to maintain proper behavior so that the treatment can be delivered can result in the orthodontist refusing to continue orthodontic treatment until the improper behavior is corrected or removing the braces and ending treatment.
9. Broken appliances or loose brackets and bands can cause damage to the teeth and the rest of the mouth. Your child must take special care not to eat hard or sticky foods or pull on the braces. If there is frequent damage to the braces, the treating orthodontist has the option of removing the braces or charging you to repair the damage, which is not covered by the DOS Program.

10. One retainer, which is necessary to keep the teeth from shifting, will be provided as part of orthodontic treatment at no charge. If the retainer is damaged or lost, you will be charged for a replacement retainer.

Signature of parent or guardian: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Signature of patient: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_



1800 15<sup>th</sup> Street, Suite 100 • Denver, Colorado 80202 • 866.201.5906 phone • 303.534.5290 fax

Dear Dentist:

Please complete the following orthodontic referral for the Donated Orthodontic Services (DOS) program.

Date: \_\_\_\_\_ Dentist Name: \_\_\_\_\_

Dentist Phone Number: \_\_\_\_\_

Patient Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

Date of Last Appointment: \_\_\_\_\_

How often are they seen in your office: \_\_\_\_\_

Is Patient in need of orthodontic treatment? \_\_\_Y \_\_\_N

Description of current condition:

**Malocclusion:**

Class I     Class II     Class III

**Spacing:**

Mild  $\leq$  3mm     Moderate 4-6mm     Severe  $\geq$  7mm

**Crowding:**

Mild  $\leq$  3mm     Moderate 4-6mm     Severe  $\geq$  7mm

**Overjet:**

Normal     Moderate 2-5mm     Severe  $\geq$  6mm

**Crossbite:**

None     Anterior     Posterior

**Overbite:**

Normal     Moderate (50-75%)     Severe  $>$  75%     Open Bite

**Misalalignment:**

None     Mild     Moderate     Severe

Description of Dentition: \_\_\_\_\_ Primary \_\_\_\_\_ Mixed \_\_\_\_\_ Permanent

Does Patient have good oral hygiene? \_\_\_Y \_\_\_N

Caries free? \_\_\_Y \_\_\_N

Does the family keep appointments? \_\_\_Y \_\_\_N

Is the child motivated to receive orthodontic treatment? \_\_\_\_\_

Comments:

Signature: \_\_\_\_\_