



Solicitante- ¿Quién le conto de nuestro programa? \_\_\_\_\_  
Nombre de la persona/ del negocio

## Smiles Change Lives Esbozo del programa y regulaciones

La siguiente es la solicitud para recibir tratamiento ortodóntico. Los solicitantes completan el formulario y su dentista llena el formulario dental de referencia. *Mande la solicitud a Smiles Change Lives con un pago no reembolsable de \$25.* Debe incluir también un formulario dental de referencia y una copia de la declaración impositiva más reciente y/o una carta(s) de beneficios de seguridad social. Vea las notas en la sección financiera referentes a requisitos específicos para formularios de devolución de impuestos. **Por favor notifique a SCL si se muda o si cualquier información de contacto cambia.**

A. El proceso de solicitud es competitivo. La demanda para nuestro programa excede nuestra habilidad para completar todos los pedidos. Recomendamos incluir fotos o cartas personales para apoyar su solicitud.

B. Enviamos los solicitantes por orden de aparición a una evaluación ortodóntica patrocinada por SCL. La espera por una evaluación puede llevar hasta doce (12) meses. Cuando es el turno del solicitante, recibirá una carta especificando cuándo y dónde será la evaluación.

C. Después de la evaluación, el panel revisará el caso. Basado en la decisión del panel, le notificaremos a la familia sobre su aceptación, si es aprobado o rechazado, o la necesidad de otra evaluación debido a una mala higiene oral, la necesidad de evolución en el proceso dental, u otros aspectos.

D. Si se lo acepta, la familia debe presentar el costo del programa a SCL dentro de los 90 días. Una vez que SCL ha recibido el pago, se enviará al niño a un ortodontista participante en el área.

### Requisitos y regulaciones del programa

- Tener entre 10 y 18 años de edad y tener una buena higiene dental (incluyendo las visitas al dentista regularmente, la limpieza y las cavidades). El formulario de referencia dental confirma si la higiene oral del niño es buena. Los solicitantes que ya tienen frenos no son elegibles para el programa.
- Necesitar tratamiento ortodóntico que se puede realizar en una etapa. Nuestro programa sólo cubre la ortodoncia; las limpiezas, empastes, extracciones o necesidades quirúrgicas son responsabilidad financiera de la familia.
- Estar dispuesto a pagar \$500 como parte del tratamiento ortodóntico. Este programa es para familias con necesidad económica documentado. Los detalles financieros se encuentran en: [www.smileschangelives.org/qualify](http://www.smileschangelives.org/qualify).
- Estar dispuesto a seguir las reglas del programa como se establecen en el formulario de consentimiento. Cada elemento debe ser verificado y firmado tanto el padre / guardián y el niño.

**Presente la solicitud con todos los adjuntos y el pago no reembolsable de \$25** (aceptamos cheques personales, cheques de caja o giros postales) a Smiles Change Lives a la dirección abajo. Para los guardianes que no son los padres del solicitante, presente una copia de su autorización de hacer decisiones medicas para el solicitante. Para los solicitantes en la custodia del estado, requerimos una copia de su "State Medical Card." Si tiene preguntas, no dude en llamarnos a 816-421-4949 o envíe un email [applicant@smileschangelives.org](mailto:applicant@smileschangelives.org).

*\* Un número limitado de posiciones subsidiadas estan disponibles en varias areas. Visite nuestro sitio de web ([smileschangelives.org/qualify](http://smileschangelives.org/qualify)) para información al corriente.*





# SOLICITUD DE TRATAMIENTO ORTODONTICO

## I. PERSONAL

Fecha: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del solicitante: \_\_\_\_\_

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer nombre Segundo Nombre

**Sexo:** Masculino\_\_ Femenino\_\_ **Raza/etnicidad:** Africano Americano\_\_ Indio Americano\_\_  
Asiático\_\_ Blanco\_\_ Hispano/Latino\_\_ Multi-Racial\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Número de teléfono con código: Casa \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

Nombre de escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Ubicación de escuela (Ciudad/Estado): \_\_\_\_\_

Promedio de notas/escala: \_\_\_\_\_ Pasatiempos/Intereses: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

### **Para ser completado por el solicitante/niño:**

Por qué quiero tratamiento ortodóntico: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Cómo se dio cuenta que necesitaba frenos? \_\_\_\_\_

Abajo se incluyen razones por las que las personas necesitan frenos. Por favor marque si cada razón tiene mucha, poca o nada de relevancia en su deseo de tener frenos.

	Mucho	Poco	Nada
Me avergüenzo por la apariencia de mis dientes			
Tengo dificultad en comer y/o beber			
Me duele la boca o la mandíbula			
Me hacen burla por mis dientes			
Tengo dificultad al hablar			
Tengo miedo de sonreír			
No puedo limpiarme los dientes muy bien			
Me cubro la boca cuando hablo o sonrío			

Si alguien se ha burlado de su boca o dientes, por favor denos algunos ejemplos de lo que dijo la gente:

\_\_\_\_\_

¿Cuáles son los resultados que espera al tener frenos? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Cómo cambiará su vida al tener frenos? \_\_\_\_\_

Para los solicitantes que tienen 16 años o más: ¿Qué planes tiene para los 2-3 años siguientes? ¿Piensa mudarse?

\_\_\_\_\_



**Para ser completado por el/los padre/s, guardián/es legal/es o el trabajadora social del estado**

Padre/Guardián legal: \_\_\_\_\_

Apellido

Primer nombre

Segundo nombre

Dirección (si es diferente de la del solicitante): \_\_\_\_\_ condado: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código (si es diferente de la del solicitante) : \_\_\_\_\_

Teléfono (si es diferente de lo del solicitante): (Casa) \_\_\_\_\_ (Otro) \_\_\_\_\_

Relación con el solicitante: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Esposo/Pareja: \_\_\_\_\_

Estado civil (Marque uno):      Soltero      Casado      Divorciado      Separado      Viudo

El solicitante vive con:    Ambos padres \_\_\_\_\_    Padre \_\_\_\_\_    Madre \_\_\_\_\_    Otro (aclare) \_\_\_\_\_

Número total de personas que viven en la casa: \_\_\_\_\_

**¿Cómo supo del programa?**

Familia o amigo                      \_\_\_\_\_ (Nombre: \_\_\_\_\_)      Televisión                      \_\_\_\_\_

Escuela/clínico dental              \_\_\_\_\_ (Nombre: \_\_\_\_\_)      Periódico                      \_\_\_\_\_

Dentista                                  \_\_\_\_\_ (Nombre: \_\_\_\_\_)      Sitio de web                      \_\_\_\_\_

Enfermera de la escuela              \_\_\_\_\_ (Nombre: \_\_\_\_\_)      Otro (aclare)                      \_\_\_\_\_

**II. FINANZAS**

***Por favor note: La aceptación al programa requiere que cada solicitante aceptado pague \$500 para el costo del tratamiento. Si la solicitud es aprobada usted tendrá 90 días a partir de la notificación para hacer este pago a SCL.***

**¿Está de acuerdo en pagar \$500 por tratamiento ortodóntico?**    Sí \_\_\_\_\_    No \_\_\_\_\_

**¿Está el padre/guardián legal empleado?**    Sí \_\_\_\_\_    No \_\_\_\_\_

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono (incluyendo código de área): \_\_\_\_\_

Años de empleo: \_\_\_\_\_ Descripción del trabajo/título: \_\_\_\_\_

**¿Está la esposa/pareja empleada?**

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono (incluyendo código de área): \_\_\_\_\_

Años de empleo: \_\_\_\_\_ Descripción del trabajo/título: \_\_\_\_\_

**Ingreso familiar total de todas las fuentes por año:** \_\_\_\_\_

**Usted debe presentar la copia más reciente de su declaración impositiva o una copia de su carta de otorgamiento de beneficios (SSI), Si el solicitante no está incluido en su declaración impositiva, explique por qué.** En este caso, presente la declaración impositiva de donde vive el niño e incluya prueba de que el niño vive en esa dirección (por ejemplo, documentos escolares). En el caso de los guardianes que no son padres, por favor presente una copia de su autorización médica. Para los niños en custodia del estado, por favor presente una copia de su tarjeta médica del estado y consentimiento médico.

***Si usted no presenta una declaración impositiva o recibe beneficios de SSI, no podremos evaluar su solicitud.***



**III. SEGUROS Y MEDICAID**

**¿Está cubierto el solicitante por seguros dentales (otro que Medicaid)?** Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía: \_\_\_\_\_

**¿Tiene beneficios ortodónticos?** Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuánto? (% de la cobertura) \_\_\_\_\_

**Si lo desconoce, por favor póngase en contacto con la compañía de seguros para verificar si tiene cobertura ortodóntica.**

**IV. INFORMACION GENERAL**

**¿Actualmente tiene frenos el solicitante?** Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Nombre del dentista general/clínica dental: \_\_\_\_\_

Fecha de la última visita del solicitante a un dentista general: \_\_\_\_\_

¿Quién llevará al solicitante a las citas? \_\_\_\_\_

¿Ayudarán otros? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Quién? \_\_\_\_\_

¿Existen problemas de salud que le dificultarían al solicitante participar en el tratamiento? Sí \_\_\_ No \_\_\_

Si la respuesta es afirmativa, explique: \_\_\_\_\_

¿Hay otros miembros de la familia que han recibido tratamiento ortodóntico por Smiles Change Lives?

Sí \_\_\_ No \_\_\_ Nombre, ciudad y estado del ortodontista a cargo: \_\_\_\_\_

***El solicitante debe mostrar documentación de una visita/limpieza dental dentro de los seis meses de la fecha de esta solicitud para ser considerado para este programa. Se adjunta un Formulario Dental de Referencia que debe ser completado por su dentista y presentado con esta solicitud.***

¿Por qué quiere que su niño reciba tratamiento ortodóntico? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Hay alguna otra información sobre el solicitante que usted desee presentar al Review Panel?

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



## Regulaciones y Pautas del Programa

**Esta oportunidad para su niño de recibir ayuda por Smiles Change Lives es una oportunidad que muchos niños no tienen y nos alegramos de ofrecerla. Sin embargo, solamente proveeremos tratamiento con su colaboración plena y la colaboración de su niño con respeto al plan de tratamiento y el ortodontista encargado. Deben darse las condiciones siguientes para reunir los requisitos:**

### **Sírvase leer detenidamente e iniciar todos.**

1. Smiles Change Lives (SCL) provee solamente los frenos para los dientes. Extracciones dentales, limpiezas, cirugías orales u otros tratamientos son la responsabilidad económica de los padres o guardianes legales del solicitante. **Iniciales \_\_\_\_\_**
2. Si el solicitante tiene caries o una enfermedad periodontal, debe remediar estas condiciones antes de comenzar el tratamiento. **Iniciales \_\_\_\_\_**
3. El solicitante debe ir al dentista dentro de los seis meses antes de comenzar el tratamiento ortodóntico. Su dentista debe completar un Formulario Dental de Referencia (Dental Referral Form) que verifique que su niño ha completado todos los tratamientos necesarios antes de recibir tratamiento ortodóntico. **Iniciales \_\_\_\_\_**
4. Durante el tratamiento, si los dientes de su niño no se limpian correctamente, caries pueden formarse alrededor de los frenos. Si su niño no mantiene los dientes limpios, o si no se tratan las caries, el ortodontista tiene la opción de sacar los frenos y terminar con el tratamiento. **Iniciales \_\_\_\_\_**
5. Si es aprobado, los padres o guardianes legales del solicitante deben pagar un honorario para tratamiento de \$500 dentro de los 90 días desde el día de la notificación de aprobación. **Iniciales \_\_\_\_\_**
6. Si es aprobado, SCL asignará a su niño a un ortodontista privado o a una escuela dental. Solo el ortodontista designado para su niño puede proveer el tratamiento. Si ustedes se mudan fuera del área, no podemos proveerle un ortodontista nuevo. Si su familia piensa mudarse antes de acabar con el tratamiento, debe notificar al ortodontista. Debe arreglar la finalización del tratamiento, incluso encontrar un ortodontista nuevo, el cual será su responsabilidad económica, o hacer que su ortodontista quite los frenos. **Iniciales \_\_\_\_\_**
7. Las citas regulares con su ortodontista son un requisito para asegurarse de que los dientes estén moviendo correctamente. Por eso, es su responsabilidad cumplir cada cita. Si su niño pierde citas frecuentemente, el ortodontista tiene el derecho de quitar los frenos y terminar el tratamiento. **Iniciales \_\_\_\_\_**
8. Usted y su niño deben seguir el plan de tratamiento establecido por su ortodontista, el cual será explicado antes de comenzar el tratamiento. Si no siguen el plan de tratamiento, el ortodontista tiene el derecho a negarse a continuar el tratamiento, quitar los frenos y terminar el tratamiento. **Iniciales \_\_\_\_\_**
9. Durante el curso de tratamiento, su niño debe colaborar plenamente con el ortodontista. Si su niño no colabora estrechamente con el ortodontista, o no mantiene comportamiento correcto por lo que el ortodontista no puede proveer tratamiento apropiado, el ortodontista puede negarse a continuar tratamiento hasta que el problema de comportamiento sea corregido o puede quitar los frenos y terminar el tratamiento. **Iniciales \_\_\_\_\_**
10. Aparatos, frenos, o retenedores rotos o flojos pueden dañar los dientes y la boca. Por eso, es importante que su niño tenga cuidado y no coma comidas duras ni pegajosas. Si hay daño frecuente a los frenos, el ortodontista tiene el derecho de quitar los frenos o puede cobrarles el costo de las reparaciones. SCL no paga este gasto. **Iniciales \_\_\_\_\_**
11. Le proporcionamos un aparato de retención como parte del programa de tratamiento. No habrá un cargo adicional para el primer aparato de retención. Si se pierda o rompe el aparato, le cobramos por uno nuevo. **Iniciales \_\_\_\_\_**



- 12. Si aprobamos el tratamiento, requerimos su consentimiento para usar el nombre, historial, e imágenes fotográficas para nuestra recaudación de fondos u otros propósitos promocionales/empresariales. **Iniciales** \_\_\_\_\_
- 13. Es un requisito que usted y su niño consientan en participar en las encuestas y manejo de casos durante y después del curso del tratamiento. **Iniciales** \_\_\_\_\_

Declaración de consentimiento

El abajo firmante, como el padre o el guardián legal \_\_\_\_\_, ha leído y/o comprende la información expuesta en las Regulaciones y pautas para recibir tratamiento ortodóntico por Smiles Change Lives. He tenido la oportunidad de preguntar sobre la información. Entiendo que el recibir financiación por Smiles Change Lives para el tratamiento ortodóntico de mi niño es dependiente en nuestra (padre y niño) capacidad para mantener la salud dental del niño como se demostró anteriormente y para obedecer todas las Regulaciones y pautas. También, entiendo que si nuestra capacidad o deseo para mantener salud dental u obedecer las regulaciones no cumplen con lo descrito anteriormente, los frenos serán quitados y el tratamiento terminado. Además, doy mi consentimiento y estoy de acuerdo de que si el tratamiento es terminado y mi niño es sacado del programa por incumplimiento de las regulaciones y pautas, nosotros (mi niño y yo) mantenemos que Smiles Change Lives y el ortodontista a cargo estarán libres de todas responsabilidades por daño o injuria resultantes por la terminación del tratamiento. Si aprobado, yo consiento en permitir que Smiles Change Lives y sus ortodontistas socios le proporcionen tratamiento a mi niño.

**Padre o Guardián Legal:**

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma del padre o guardián legal)

\_\_\_\_\_  
(Deletree su nombre)

Fecha: \_\_\_\_\_

**Consentimiento del solicitante/niño:**

\_\_\_\_\_  
(Firma del solicitante/niño)

\_\_\_\_\_  
(Deletree su nombre)

Nota: No podemos procesar esta solicitud hasta que todas las formas sean completadas y devueltas. No es necesario que esta forma sea certificada por un notario público. Por favor, firme esta forma y devuélvela con la solicitud, la declaración impositiva más reciente y el formulario de referencia dental a:

Smiles Change Lives  
2405 Grand, Suite 300  
Kansas City, MO 64108

Sírvase guardar una copia de este formulario de consentimiento completado para sus archivos.



## **Aviso de prácticas de privacidad**

**Este aviso describe cómo la información médica de su hijo puede ser utilizada y divulgada y cómo Usted puede obtener esta información. Por favor, revíselo detenidamente.**

### **Prácticas y usos**

**Tratamiento:** Los empleados, voluntarios y agentes pueden usar o compartir su información médica con otros practicantes médicos con el objetivo de evaluar y proporcionarle tratamiento.

**Operaciones:** La información sobre los pacientes, como el primer nombre, el historial, y las imágenes fotográficas pueden ser necesarias para apoyar la evaluación y las relaciones públicas, y para desarrollar las finanzas y/u otras actividades de Smiles Change Lives.

**Aplicación de la ley:** Podemos compartir su información médica con agencias del orden público para apoyar auditorías gubernamentales e inspecciones para facilitar investigaciones legales y para cumplir con informes gubernamentales.

**Informes de salud pública:** Podemos compartir su información médica con agencias de salud pública de acuerdo con la ley. Por ejemplo, tenemos que informar al ministerio de salud pública sobre ciertas enfermedades contagiosas.

**Otros usos y divulgaciones requieren su autorización:** Otros usos y divulgaciones de su información personal no mencionados en este aviso requieren su permiso escrito. Si usted cambia de opinión después de autorizar el uso y/o divulgación de su información, puede presentar una revocación escrita de su permiso. Sin embargo, la decisión de revocar el permiso no afectará ni anulará cualquier uso o divulgación que sucedió antes de que nos notificara de su decisión de revocar su permiso.

**Derechos individuales:** Usted tiene ciertos derechos bajo los criterios federales de privacidad, los cuales incluyen:

- El derecho a pedir restricciones o límites a los usos y divulgaciones de su información médica.
- El derecho a pedir comunicaciones confidenciales acerca de su condición médica y su tratamiento.
- El derecho a examinar y copiar su información médica protegida.
- El derecho a presentar correcciones o enmendar su información médica protegida.
- El derecho a recibir una explicación de cómo y a quién su información médica protegida se ha devulgado.
- El derecho a pedir una copia de esta notificación.

**Las obligaciones de Smiles Change Lives:** La ley requiere que guardemos la confidencialidad de su información médica protegida y que le proveamos de este aviso de políticas de privacidad. También tenemos que cumplir con las políticas y prácticas de privacidad enumeradas en este aviso.

**Derecho a cambiar las prácticas de privacidad:** Como permite la ley, nos reservamos el derecho a enmendar o modificar nuestras políticas de privacidad. Los cambios de las leyes y las regulaciones federales pueden requerir que cambiemos nuestras pólizas y prácticas. A su petición, le proveeremos de una copia del aviso más recientemente revisado durante su visita. Aplicaremos las políticas y prácticas nuevas a toda la información médica protegida que tenemos.

**Petición a examinar su información médica protegida:** Generalmente, usted puede examinar y copiar la información médica protegida que tenemos. Como permite la regulación federal, requerimos que presente las peticiones a examinar su información médica protegida en forma escrita. Usted puede obtener un formulario para pedir acceso a sus documentos poniéndose en contacto con LeAnn Smith en la dirección de abajo.

**Quejas:** Si quisiera presentar una queja, una pregunta o comentarios con respecto a nuestras prácticas de privacidad, nos puede escribir a la dirección siguiente:

**LeAnn Smith  
Smiles Change Lives  
2405 Grand, Ste 300  
Kansas City, MO 64108**

Si cree que hemos violado sus derechos de privacidad, debe notificarnos del asunto en forma escrita. Usted no será sancionado si presenta una queja.

**Fecha efectiva:** Este aviso es efectivo después del 05/01/2005.

Yo, \_\_\_\_\_, he recibido una copia del aviso de las prácticas de privacidad.

\_\_\_\_\_  
Fecha Deletree su nombre \_\_\_\_\_ Firma

