



ORTHODONTIST
BRACES FOR CHILDREN & ADULTS



PENDLETON
2237 SW Court Ave.
Pendleton, OR 97801
541-276-7819

FAX: 541-278-2563
1-800-962-7038

HERMISTON
1060 W. Elm, Suite 135
Hermiston, OR 97838
541-567-2662

1. Su Información (About You)

Nombre de Paciente (Patient Name): _____
 Apellido (Last) primero (First) Medio (Middle)

Sobre Nombre (Nickname): _____ Sexo: Hombre (Male) Hembra (Female)

E-Mail: _____ SS# _____

Fecha de Nacimiento (Birthdate): ____ / ____ / ____ Edad (Age): _____

Teléfono (phone #) (____) _____ Número de Celular (Cell Phone #) _____

Dirección (Address): _____
 Ciudad (City): _____ Estado (State): _____ C.P (zip): _____

Empleador (Employer): _____ Tel.de Trabajo (Wk #): _____

¿A quién le podemos agradecer por su referencia? (Thank for referring you?) _____

Dentista de Paciente (patient dentist): _____

La fecha de la última visita (Date of last visit) : _____

Los nombres de los miembros de la familia se ve aquí (names of family member seen here) _____

- Soltero (Single) Casado (Married) Divorciado (Divorced) Viudo (widowed) Separado (Seperated)

2. Información sobre su Esposo (Spouse Information)

Su Nombre (His/Her Name): _____ Relación (relation): _____

Fecha de Nacimiento (Birthdate): ____ / ____ / ____ SS# _____

E-Mail: _____ Teléfono (phone #) (____) _____

Empleador (Employer): _____ Tel.de Trabajo (Wk #): _____

3. Responsable de Cuenta (Person responsible for Account)

Nombre (Name): _____ Relación (Relation): _____

Dirección de Facturación (Billing Address) : _____
 Ciudad (City): _____ Estado (State): _____ C.P (zip): _____

E-Mail: _____ Teléfono (phone #) (____) _____

Empleador (Employer): _____ Tel.de Trabajo (Wk #): _____

Número de Licencia de Manejar (Driver License #): _____