



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

Nos gustaría que usted y su hijo la bienvenida a nuestra oficina. Nuestro objetivo es hacer de la visita de cada niño agradable y educativa. Nos esforzamos para enseñar el buen cuidado oral que le permitirá a su hijo a tener una sonrisa preciosa que duran toda la vida.

**1. Acerca de Su Hijo** (Tell us About Your Child)

Nombre de Paciente (Childs Name): \_\_\_\_\_  
Apellido (Last) primero (First) Medio (Middle)  
Sobre Nombre (Nickname): \_\_\_\_\_ Sexo:  Hombre (Male)  Hembra (Female)  
E-Mail: \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento (Birthdate): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad (Age): \_\_\_\_\_  
Nombre de la escuela (School): \_\_\_\_\_ Grado (Grade): \_\_\_\_\_  
Teléfono (phone #) (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Número de Celular (Cell Phone #) \_\_\_\_\_  
Dirección del niño (Child's Address): \_\_\_\_\_  
Ciudad (City): \_\_\_\_\_ Estado (State): \_\_\_\_\_ C.P (zip): \_\_\_\_\_

**2. ¿Que acompaña a su hijo hoy?** (Who is accompanying your child today)

Nombre (Name): \_\_\_\_\_ Relación (relation): \_\_\_\_\_  
¿Tiene usted la custodia legal de este niño? (Do you have legal custody of this child?):  Sí (yes)  No  
¿A quién le podemos agradecer por su referencia? (Thank for referring you?) \_\_\_\_\_  
Listar hermanos con la edad (List siblings with age): \_\_\_\_\_  
Dentista de Paciente (patient dentist): \_\_\_\_\_  
La fecha de la última visita (Date of last visit) : \_\_\_\_\_

**3. Padres Información** (parents information)

**Nombre de el Madre** (Mother name): \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento (Birthdate): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_ Teléfono (phone #) (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Empleador (Employer): \_\_\_\_\_ Tel.de Trabajo (Wk #): \_\_\_\_\_  
Número de Licencia de Manejar (Driver License #): \_\_\_\_\_  
**Nombre de el Padre** (Father Name): \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento (Birthdate): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_ Teléfono (phone #) (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Empleador (Employer): \_\_\_\_\_ Tel.de Trabajo (Wk #): \_\_\_\_\_  
Número de Licencia de Manejar (Driver License #): \_\_\_\_\_