

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

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 #)*: \_\_\_\_\_