



## Personal Information

First Visit Date Dia de la primera Visita

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

<b>Name</b> Nombre		<b>DOB</b> Fecha de Nacimiento		<b>Age</b> Edad	
				<b>Sex</b> Sexo	
<b>Address</b> Direccion		<b>City</b> Ciudad		<b>Zip</b> Codigo Postal	
<b>Email</b>		<b>Phone</b> Telefono	(Cell) (Home)		
<b>Emergency Contact</b> Contacto de Emergencia		<b>Phone</b> Telefono		<b>Relationship</b> Relacion	
<b>Referred by</b> Referido Por					
<b>Do you have Allergies? Es alergica a algunas tipos de Medicamentos ?</b> <input type="checkbox"/> Yes. Please Describe: _____ <input type="checkbox"/> Si. Porfavor Describe: _____ <input type="checkbox"/> No.					
<b>Check the box if you have ...</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> <b>High / Low Blood Pressure</b> Presion Alta / Baja _____ / _____ mmHg  <input type="checkbox"/> <b>Diabetes</b> Diabeticos FPG: _____ mmolL  <input type="checkbox"/> <b>High Cholesterol</b> Colesterol Alto  <input type="checkbox"/> <b>Epilepsy</b> Epilepsia  <input type="checkbox"/> <b>Cancer</b> Cancer         </div> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> <b>Heart Condition</b> Problema de Corazon  <input type="checkbox"/> <b>Anemia</b> Anemia  <input type="checkbox"/> <b>Pacemaker</b> Marcapasos  <input type="checkbox"/> <b>Pregnant / Breast Feeding</b> Embaradas / Tiene sintomas de Embarazo  <input type="checkbox"/> <b>Sex Transmitted Disease</b> Enfermedades Sexuales         </div> </div>					
<b>What is your main concern today? Como te sientes en el dia de Hoy ?</b> _____ _____ _____ _____ _____					
<b>Signature of Patient / Date</b> <b>Firma del Paciente / Fecha</b>			<b>Practitioner Signature</b> <b>Firma del Doctor</b>		