



Personal Information

First Visit Date Día de la primera Visita
 3 / 11 / 2017

Name Nombre	Elmo	DOB Fecha de Nacimiento	11/4/1995	Age Edad	21
				Sex Sexo	Male
Address Direccion	New York	City Ciudad	Manhattan	Zip Codigo Postal	95509
Email	elmo@sesamestreet.com	Phone Telefono	(Cell) (Home) 7866892530		
Emergency Contact Contacto de Emergencia	Big Bird	Phone Telefono	3056892530	Relationship Relacion	Guardian
Referred by Referido Por	The Count				
Do you have Allergies? Es alergica a algunas tipos de Medicamentos ? <input checked="" type="checkbox"/> Yes. Please Describe: Si. Porfavor Describe: <input type="checkbox"/> No.					
Check the box if you have ... <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>High / Low Blood</p> <p><input type="checkbox"/> Pressure Presion Alta / Baja _____ / _____ mmHg</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes Diabeticos FPG: _____ mmolL</p> <p><input type="checkbox"/> High Cholesterol Colesterol Alto</p> <p><input type="checkbox"/> Epilepsy Epilepsia</p> <p><input type="checkbox"/> Cancer Cancer</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p><input type="checkbox"/> Heart Condition Problema de Corazon</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Anemia Anemia</p> <p><input type="checkbox"/> Pacemaker Marcapasos</p> <p><input type="checkbox"/> Pregnant / Breast Feeding Embaradas / Tiene sintomas de Embarazo</p> <p><input type="checkbox"/> Sex Transmitted Disease Enfermedades Sexuales</p> </div> </div>					
What is your main concern today? Como te sientes en el dia de Hoy ?					
<input checked="" type="checkbox"/> Pain:			<input type="checkbox"/> Depression		
Description:			<input type="checkbox"/> Sleep		
<input checked="" type="checkbox"/> Headache:			<input type="checkbox"/> Menstruation		
Location of Headaches:			<input type="checkbox"/> Fertility		
<input type="checkbox"/> Common Colds			<input type="checkbox"/> Weight Control		
<input type="checkbox"/> High Blood Pressure			<input type="checkbox"/> Other:		
<input checked="" type="checkbox"/> Stress					
Signature of Patient / Date Firma del Paciente / Fecha			Practitioner Signature Firma del Doctor		
					