BA Natural BODY CARE

Personal Information

First Visit Date Dia de la primera Visita
3 / 9 / 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 ?**

☑ Yes. Please Describe:
Si. Porfavor Describe:

☐ No.

Check the box if you have …

- ☐ **High / Low Blood Pressure** Presion Alta / Baja _____ / _____ **mmHg**
- ☐ **Diabetes** Diabeticos **FPG:** _____**mmolL**
- ☐ **High Cholesterol** Colesterol Alto
- ☐ **Epilepsy** Epilepsia
- ☐ **Cancer** Cancer
- ☐ **Heart Condition** Problema de Corazon
- ☑ **Anemia** Anemia
- ☐ **Pacemaker** Marcapasos
- ☐ **Pregnant / Breast Feeding** Embaradas / Tiene sintomas de Embarazo
- ☐ **Sex Transmitted Disease** Enfermedades Sexuales

What is your main concern today? Como te sientes en el dia de Hoy ?	
☑ Pain:	☐ Depression
Description:	☐ Sleep
☑ Headache:	☐ Menstruation
Location of Headaches:	☐ Fertility
☐ Common Colds	☐ Weight Control
☐ High Blood Pressure	☐ Other:
☑ Stress	

Signature of Patient / Date Firma del Paciente / Fecha	Practitioner Signature Firma del Doctor