



## Personal Information

**First Visit Date** Día de la primera Visita  
 7 / 22 / 2017

<b>Name</b> Nombre	Tyler3	<b>DOB</b> Fecha de Nacimiento	1/1/1991	<b>Age</b> Edad	26
				<b>Sex</b> Sexo	Error
<b>Address</b> Direccion	17050 SW 184 st	<b>City</b> Ciudad	Miami	<b>Zip</b> Codigo Postal	33187
<b>Email</b>	tylersloeper@gmail.com	<b>Phone</b> Telefono	(Cell) (786)-351-0205 (Home) (786)-351-0205		
<b>Emergency Contact</b> Contacto de Emergencia	Tyler Loeper	<b>Phone</b> Telefono	(786)-351-0205	<b>Relationship</b> Relacion	
<b>Referred by</b> Referido Por					
<b>Do you have Allergies?</b> Es alergica a algunas tipos de Medicamentos ? <input type="checkbox"/> Yes. Please Describe: Si. Porfavor Describe: <span style="float: right;"><input checked="" type="checkbox"/> No.</span>					
<b>Check the box if you have ...</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p><b>High / Low Blood</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Pressure</b> Presion Alta / Baja _____ / _____ mmHg</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Diabetes</b> Diabeticos FPG: _____ mmolL</p> <p><input type="checkbox"/> <b>High Cholesterol</b> Colesterol Alto</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Epilepsy</b> Epilepsia</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Cancer</b> Cancer</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p><input type="checkbox"/> <b>Heart Condition</b> Problema de Corazon</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Anemia</b> Anemia</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Pacemaker</b> Marcapasos</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Pregnant / Breast Feeding</b> Embaradas / Tiene sintomas de Embarazo</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Sex Transmitted Disease</b> Enfermedades Sexuales</p> </div> </div>					
<b>What is your main concern today?</b> Como te sientes en el día de Hoy ?					
<input type="checkbox"/> Pain:			<input type="checkbox"/> Depression		
Description:			<input type="checkbox"/> Sleep		
<input 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 type="checkbox"/> Stress					
Signature of Patient / Date Firma del Paciente / Fecha				Practitioner Signature Firma del Doctor	
[On File]					