



Personal Information

First Visit Date Día de la primera Visita
 7 / 28 / 2017

Name Nombre	TYLER	DOB Fecha de Nacimiento	1/26/1991	Age Edad	26
				Sex Sexo	Male
Address Direccion	17050 SW 184 ST	City Ciudad	Miami	Zip Codigo Postal	33187
Email	tylersloeper@gmail.com	Phone Telefono	(Cell) (786)-351-0205 (Home) (786)-351-0205		
Emergency Contact Contacto de Emergencia	Tyler Loeper	Phone Telefono	(786)-351-0205	Relationship Relacion	
Referred by Referido Por					
Do you have Allergies? Es alergica a algunas tipos de Medicamentos ? <input type="checkbox"/> Yes. Please Describe: Si. Porfavor Describe: <input checked="" 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 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 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]					