



Personal Information

First Visit Date Día de la primera Visita
 3 / 9 / 2017

Name Nombre	Client	DOB Fecha de Nacimiento	3/9/2013	Age Edad	4
				Sex Sexo	Error
Address Direccion	12345 ABC Street	City Ciudad	Manhattan	Zip Codigo Postal	21134
Email	bigbird@sesamestreet.com	Phone Telefono	(Cell) 213451 (Home) 2351525		
Emergency Contact Contacto de Emergencia	Big Bird	Phone Telefono	3634663	Relationship Relacion	Best Friend
Referred by Referido Por	blank				
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 type="checkbox"/> Anemia Anemia</p> <p><input type="checkbox"/> Pacemaker Marcapasos</p> <p><input checked="" 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 type="checkbox"/> Pain:			<input type="checkbox"/> Depression		
Description:			<input checked="" type="checkbox"/> Sleep		
<input type="checkbox"/> Headache:			<input checked="" type="checkbox"/> Menstruation		
Location of Headaches:			<input checked="" 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		