



Personal Information

First Visit Date Día de la primera Visita
 9 / 2 / 2017

Name Nombre	TYLER THE TESTER	DOB Fecha de Nacimiento	1/1/1991	Age Edad	26
				Sex Sexo	Error
Address Direccion		City Ciudad		Zip Codigo Postal	1234234
Email		Phone Telefono	(Cell) (Home)		
Emergency Contact Contacto de Emergencia		Phone Telefono		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: 48%;"> <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: 48%;"> <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 checked="" type="checkbox"/> Other: STUFF STUFF STUFF STUFF STUFF STUFF STUFF STUFF STUFF STUFF		
<input type="checkbox"/> Stress					
Signature of Patient / Date Firma del Paciente / Fecha			Practitioner Signature Firma del Doctor		