



Personal Information

First Visit Date Día de la primera Visita
 4 / 3 / 2017

Name Nombre	cookie monster	DOB Fecha de Nacimiento	4/3/2008	Age Edad	9
				Sex Sexo	Error
Address Direccion	12345 ABC Street	City Ciudad	Sesame Street	Zip Codigo Postal	12345
Email		Phone Telefono	(Cell) 0987654321 (Home) 1234567890		
Emergency Contact Contacto de Emergencia	Big Bird	Phone Telefono	3056892530	Relationship Relacion	Best Friend
Referred by Referido Por	doctor				
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 checked="" type="checkbox"/> Depression		
Description:			<input type="checkbox"/> Sleep		
<input type="checkbox"/> Headache:			<input type="checkbox"/> Menstruation		
Location of Headaches:			<input type="checkbox"/> Fertility		
<input checked="" type="checkbox"/> Common Colds			<input type="checkbox"/> Weight Control		
<input type="checkbox"/> High Blood Pressure			<input type="checkbox"/> Other:		
<input checked="" type="checkbox"/> Stress					
Signature of Patient / Date Firma del Paciente / Fecha			Practitioner Signature Firma del Doctor		