

Intake Form

General

Fatiga	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Fiebre	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Salud General	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Aumento de Peso	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No

Cardiovascular

Alta Presion	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
--------------	--------------------------	--------------------------

Endocrino

Diabetes	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
----------	--------------------------	--------------------------

Genitourinario

Problemas de Riñones	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
----------------------	--------------------------	--------------------------

Hematologia

Moretones con Facilidad	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
-------------------------	--------------------------	--------------------------

Musculoesqueletico

Artritis	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Problemas de Espalda	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Gota	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Calambres en Las Piernas	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No

Neurologico

Dificultad de Equilibrio	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Coordinacion	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Apoplejia	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No

Vascular Pereferica

Extremidades Frias	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Sensibilidad en las Extremidades	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Ulceracion de Los Pies	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No

Podologica

Dolor de Aquille	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Dolor de Tobill	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No