



Optimum Physical Therapy

2150 Central Park Ave. Suite 207
Yonkers, New York 10710

Registration Form

Date _____ / _____ / _____

Patient Information

Patient: _____
Last Name (Apellido) Middle Initial (Segundo Nombre) First Name (Primer Nombre)

Address: _____
(Dirección) City (Ciudad) State (Estado) Zip Code (Postal)

SSN: _____ **D.O.B.:** _____ **Male:** **Female:**
(Seguro Social) (Fecha de Nacimiento) (Sexo)

Home Phone: _____ **Bus. Phone:** _____ **Cell Phone:** _____
(Tel. de la Casa) (Tel. de Trabajo) (Mobil)

Emergency Contact: _____ **Relationship:** _____ **Phone Number:** _____
(Contacto de Emergencia) (Relación) (Numero de Telefono)

Email Address: _____

Insurance Information

Insurance: _____ **Insurance ID#:** _____
(Seguro) (Identificación de Seguro)

Insured: _____
Last Name (Apellido de el Encargado) First Name (Nombre) MI

Insured SSN: _____ **D.O.B.:** _____ **Relation:** Spouse Self Parent Other
(Seguro Social de el Encargado/a) (Fecha de Nacimiento)

Employment Information

Employer: _____
(Empleador)

Address: _____ **Phone:** _____
(Dirección de Empleador) (Tel de la Trabajo)

Primary Care Physician: _____ **Phone:** _____
(Doctor) (Tel del Doctor)

Signature
(Firma)

_____/_____/_____
Date
(Fecha)

Guardian Signature
(Firma de el Guardian)

_____/_____/_____
Date
(Fecha)



Optimum Physical Therapy

2150 Central Park Ave. Suite 207
Yonkers, New York 10710

Please check if you have been diagnosed with any of the following conditions

- | | | | | | |
|-------------------------|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|
| Diabetes | <input type="checkbox"/> | Heart Disease
(Enfermedad de Corazón) | <input type="checkbox"/> | High Blood Pressure
(Alta Presión) | <input type="checkbox"/> |
| Cancer | <input type="checkbox"/> | Pacemaker
(Marca Paso) | <input type="checkbox"/> | Stroke (TIA or CVA)
(Derrame Cerebral) | <input type="checkbox"/> |
| Seizures | <input type="checkbox"/> | Metal Implants
(Implantes de Metal) | <input type="checkbox"/> | Fractures
(Fracturas) | <input type="checkbox"/> |
| Asthma | <input type="checkbox"/> | Hemophilia
(Hemorragia) | <input type="checkbox"/> | Previous Surgeries
(Operaciones Previas) | <input type="checkbox"/> |
| Arthritis
(Artritis) | <input type="checkbox"/> | Respiratory Problems
(Problemas Respiratorios) | <input type="checkbox"/> | Other: _____ | |

Please list all medications you are currently taking: _____
(Medicamentos que este tomando)

Current Complaint

What is your main Complaint?: _____
(Cual es su queja?)

When and How did this start?: _____
(Cuando y como empezo su problema?)

Please circle the level of pain: None (Ninguno) Moderate (Moderado) Agony (Demasiado)
(Circule el nivel de su dolor) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Is your pain constant? Yes No
(Su dolor es constante?)

Have you had the same or a similar problem in the past? Yes No
(Has tenido este dolor o algo similar en el pasado?)

Please explain any specific treatment you have received for this problem, such as previous physical or occupational therapy, Chiropractic visits, pain medications, etc...: (Explique algun tratamiento que ha recibido por este problema, por ejemplo: Terapia Fisica, Terapia Ocupacional, visitas a un Quiropractico, medicamento para el dolor, etc...)

Has your doctor discussed your medical findings or given you a diagnosis? Yes No
(Su doctor le ha dado algun resultado o diagnostico?)

If yes, what were the findings? _____
(Si es asi, que le dijo?)

Do you have allergies? Yes No
(Tiene alergias?)

If yes, please list: _____
(Si es asi, cual/es?)

What are your goals for recovery

(Que espera de su recuperacion?)

Increase in Movement
(Moverse mas)

Return to Work
(Regresar al trabajo)

Return to Sports
(Regresar al deporte)

Increase in strength
(Ponerse mas Fuerte)

Other: _____
(Otro)

Signature
(Firma)

_____/_____/_____
Date
(Fecha)

Guardian Signature
(Firma de el Guardian)

_____/_____/_____
Date
(Fecha)