



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