Optimum Physical Therapy

2025 Central Park Avenue
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 **Date** **Guardian Signature** **Date**
(Firma) (Fecha) (Firma de el Guardian) (Fecha)

Optimum Physical Therapy
2025 Central Park Avenue
Yonkers, New York 10710

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

Diabetes ✐	Heart Disease (Enfermedad de Corazón) ✐	High Blood Pressure (Alta Presión) ✐
Cancer ✐	Pacemaker (Marca Paso) ✐	Stroke (TIA or CVA) (Derrame Celebral) ✐
Seizures ✐	Metal Implants (Implantes de Metal) ✐	Fractures (Fracturas) ✐
Asthma ✐	Hemophilia (Hemorragia) ✐	Previous Surgeries (Operaciónes Previas) ✐
Arthritis (Artritis) ✐	Respiratory Problems (Problemas Respiratorios) ✐	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, Chriropractic 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 recuperación?)

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)