

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)

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 **Return to Work** **Return to Sports** **Increase in strength**
(Moverse mas) (Regresar al trabajo) (Regresar al deporte) (Ponerse mas Fuerte)

Other: _____
(Otro)

Signature
(Firma)

_____/_____/_____
Date
(Fecha)

Guardian Signature
(Firma de el Guardian)

_____/_____/_____
Date
(Fecha)