HOLSMAN
PHYSICAL THERAPY
& REHABILITATION P.C.
1070 Clifton Ave. Suite 1A Clifton, NJ 07013

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:**__ **Single**___**Married**___ **Divorced**____ **Other**_____
(Seguro Social) (Fecha de Nacimiento) (Sexo) (estado civil)

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)

HOLSMAN PHYSICAL THERAPY & REHABILITATION P.C.

1070 Clifton Ave. Suite 1A Clifton, NJ 07013

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)