

# TERRY

Physical Therapy

**PATIENT REGISTRATION FORM/FORMATO DE REGISTRO DE PACIENTE**  
**PLEASE PRINT/LETRA DE MOLDE POR FAVOR**

**Date/Fecha** \_\_\_\_\_ **Home Phone/Numero de Tel.** \_\_\_\_\_ **Cell Number/Número Celular** \_\_\_\_\_

**Last Name/Apellido** \_\_\_\_\_ **First/Primer** \_\_\_\_\_ **Middle/Segundo** \_\_\_\_\_

**Address/Domicilio** \_\_\_\_\_

**City/Ciudad** \_\_\_\_\_ **State/Estado** \_\_\_\_\_ **Zip/Código** \_\_\_\_\_ **Sex/Sexo**  F  M

**Age/Edad** \_\_\_\_\_ **Birthdate/Fecha de Nacimiento** \_\_\_\_\_

**SSN/Numero Social** \_\_\_\_\_ **E-mail Address/Correo Electrónico** \_\_\_\_\_

\*Your e-mail address is confidential information and will not be shared with anyone. By providing your email, you consent to receiving newsletters from TPT./\*Su correo electrónico es confidencial y no será compartida con nadie. Al proporcionar su correo electrónico, usted da su consentimiento para recibir boletines de TPT.

**Have you received out-patient physical therapy this year? /¿Usted a recibido terapia física en una clínica este año?**

**Yes/Sí**  **No** **If so, for how long? /¿En caso que si, por cuánto tiempo?** \_\_\_\_\_

**Marital Status/Estado Civil**  **Single/Solo**  **Married/Casado**  **Widowed/Viudo**  **Divorced/ Divorciado**

**Are you receiving home health services? /¿Está recibiendo servicio médico en casa?:**  **Yes/Sí**  **No**

**If yes, from which company? /¿En caso afirmativo, de qué compañía?** \_\_\_\_\_

**How did you hear about us? /¿Como se enteró de nosotros?** \_\_\_\_\_

**Have you been here before? / ¿Has estado aquí antes?** \_\_\_\_\_

**Is this visit related to an auto accident? /¿Es esta visita relacionada con un accidente automovilístico?**  **Yes/Sí**  **No**

**Primary Care Physician/Nombre del Medico Primario:** \_\_\_\_\_

**Referring Physician/Medico Refiriéndolo(a):** \_\_\_\_\_

**Employer's Name/Nombre de Empleo:** \_\_\_\_\_ **Phone #/Num de Tel.:** \_\_\_\_\_

**Emergency Contact/Contacto de Emergencia:** \_\_\_\_\_ **Tel.:** \_\_\_\_\_

**Patient or Parent Signature/Firma del Paciente o Padre:** \_\_\_\_\_ **Date/Fecha:** \_\_\_\_\_

**IF PATIENT IS A MINOR PLEASE COMPLETE THE FOLLOWING:**

**Mother's Name:** \_\_\_\_\_ **D.O.B.:** \_\_\_\_\_ **Employer:** \_\_\_\_\_

**Employer's Phone:** \_\_\_\_\_ **SSN:** \_\_\_\_\_

**Father's Name:** \_\_\_\_\_ **D.O.B.:** \_\_\_\_\_ **Employer:** \_\_\_\_\_

**Employer's Phone:** \_\_\_\_\_ **SSN:** \_\_\_\_\_

Notice: Misrepresentation and/or falsification of essential information requested in this document may be subject to monetary fines and/or imprisonment if convicted, under federal law./Aviso: Declaraciones falsas y / o falsificación de información esencial requerida en este documento puede estar sujeta a multas y / o penas de prisión si es declarado culpable, según la ley federal.



## Medical Authorization Release

I, \_\_\_\_\_ hereby authorize \_\_\_\_\_ to disclose to  
patient name doctor name  
Terry Physical Therapy the information they are requesting. I understand that I may revoke this  
authorization at any time, except to the extent that action has already been taken to comply with it.

I hereby release the above named health care provider from any liability and all claim of any nature  
what so ever requested as authorized in this release.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Patient is unable to sign because: \_\_\_\_\_

---

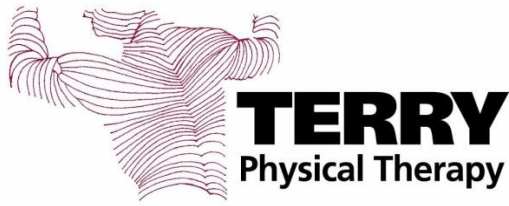
## *Liberación Médica de Autorización*

Yo, \_\_\_\_\_ por lo presente autorizo \_\_\_\_\_  
nombre de paciente nombre del doctor  
para revelar a Terry Physical Therapy la información que ellos solicitan. Entiendo que puedo revocar  
esta autorización en cualquier tiempo, menos a la extensión que esa acción ya ha sido tomada.

Yo por lo presente libero el proveedor denominado de asistencia médica de cualquier obligación y  
todo reclamo que resulte otra vez de esta revelación de información que están solicitando, jamás  
como autorizado en esta liberación.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

El paciente no puede firmar por la razón: \_\_\_\_\_



## Medicare/Medicaid Patients

I, \_\_\_\_\_ agree to notify Terry Physical Therapy should I enroll in a  
Patient name  
home health agency, in which a home health agency personal goes to my home for any reason.  
Medicare and/or Medicaid will not pay outpatient physical therapy if I am enrolled in home health,  
therefore I will be responsible for the remaining bill not covered by Medicare and/or Medicaid.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

---

## Pacientes con Medicare/Medicaid

Yo, \_\_\_\_\_ concuerdo en notificar Terry Physical Therapy si llego  
nombre de paciente  
matricularme en una agencia de la salud de hogar, en que una persona de agencia va a mi hogar para  
cualquier tipo de servicios. Medicare y/o Medicaid no pagara la terapia física si estoy matriculado(a) en una  
agencia, por lo tanto yo sere responsable de la cuenta restante que no cubrió Medicare y/o Medicaid.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

