



Sree Chitra Tirunal Institute for Medical Sciences & Technology

REGISTRATION DATA FORM / രജിസ്ട്രേഷൻ ഫോം

Patient is registering first time at SCTIMST
ശ്രീചിത്രയിൽ ആദ്യമായിട്ടാണോ രജിസ്റ്റർ ചെയ്യുന്നത്

Yes അതെ	No അല്ല
------------	------------

Hospital No.:
ആശുപത്രി നമ്പർ :

1	Name of the Patient with initial രോഗിയുടെ മുഴുവൻ പേരും ഇനിയുടേതും (IN BLOCK LETTERS)											
2	Completed age പൂർത്തിയായ വയസ്സ്		3	Date of Birth ജനനതീയതി	DD	MM	YYYY	4	Gender	M / പുരുഷൻ ☐ F / സ്ത്രീ ☐ Non-binary / മറ്റുള്ളവ ☐		
5	Scheduled Tribe പട്ടിക വർഗ്ഗം	Yes/ അതെ ☐ No/ അല്ല ☐	6	Religion/ മതം				7	Nationality / Citizenship ദേശീയത/പൗരത്വം			
If you are a foreigner (you should attach a copy of the passport and medical visa) Passport No. _____ Medical Visa No. _____												
8	Occupation/ തൊഴിൽ (Patient's/Guardian's) (രോഗിയുടെ/രക്ഷകർത്താവിന്റെ)											
9	Name of Father / രോഗിയുടെ അച്ഛന്റെ പേര്											
10	Name of Mother / രോഗിയുടെ അമ്മയുടെ പേര്											
11	Marital Status Single / അവിവാഹിത/ൻ ☐ Married / വിവാഹിത/ൻ ☐ Divorced / വിവാഹമോചിത/ൻ ☐			12	Spouse Name / ഭർത്താവിന്റെ / ഭാര്യയുടെ പേര്							
13	Name of Guardian രക്ഷകർത്താവിന്റെ പേര്			Relationship രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം								
14	Address മേൽവിലാസം			Present Address / ഇപ്പോഴത്തെ മേൽവിലാസം				Permanent Address/ സ്ഥിരമായ മേൽവിലാസം				
	House Name / വീട്ടുപേര്											
	House No. / വീട്ടു നമ്പർ											
	Street Name / തെരുവ്											
	Place / സ്ഥലം											
	Post Office / പോസ്റ്റ് ഓഫീസ്											
	പഞ്ചായത്തിന്റെ പേര് ☐ മുനിസിപ്പാലിറ്റിയുടെ പേര് ☐ കോർപ്പറേഷന്റെ പേര് ☐											
	District / ജില്ല											
State / സംസ്ഥാനം												
Pincode / പിൻകോഡ്												

PTO

15	Phone Number	Mobile 1.	Mobile 2.	Land Line No. (With STD Code)
16	Email ID			
17	Ration Card No. / റേഷൻ കാർഡ് നമ്പർ റേഷൻ കാർഡിന്റെ പകർപ്പ് ഇതോടൊപ്പം സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ് (Copy to be attached)		APL / എ.പി.എൽ. ☐ NPHH ☐ BPL / ബി.പി.എൽ. / PHH ☐ AAY / എ.എ.ഐ. ☐	
18	Aadhar Card No./ ആധാർ കാർഡ് നമ്പർ (ആധാർ കാർഡിന്റെ പകർപ്പ് ഇതോടൊപ്പം സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.) (Copy to be Attached)			
19	Whether eligible for Medical Reimbursement /health insurance claim? Yes ☐ No ☐ മെഡിക്കൽ റീഇംപേഴ്സ്മെന്റിന്/ഇൻഷുറൻസ് പദ്ധതിയ്ക്ക് അർഹരാനോ? അതെ ☐ അല്ല ☐ Medical Reimbursement ☐ Pvt. Insurance Policy ☐ Medisep ☐ Snehasanthwanam Scheme ☐ ESI ☐ CGHS ☐ AB - PMJAY ☐ Others ☐ Card Number:			
20	Name, Hospital address and Email ID of the doctor who referred you here ഇവിടത്തേക്ക് റഫറൻസ് കരുതുന്നതായ ഡോക്ടറുടെ പേരും ആശുപത്രി മേൽവിലാസവും, ഇമെയിൽ വിലാസവും.			

Name of the patient	Signature:
Name of the Attendant	Signature:
Relationship with the Patient	

If patient is SCT Permanent staff/ dependant, Name of Staff	
Employee Code	Relationship of patient with staff

FOR OFFICE USE

New Registration ☐		Temporary Categorization ☐		Date:					
Reassessment ☐		Name:		Time:					
		Empl. Code:		Signature:					
Department	CM	CS	NM	NS	IS&IR				
Category	D	B	A1	A (SEA sheet and documents attached)					
Type	CGH	ESI	RBL	ROY	SCT	STA	STB	MIP	PMJAY
Name of Social Worker	Employee Code		Signature			Date			
Remarks:									