

S C T I M S T

REGISTRATION DATA FORM / രജിസ്ട്രേഷൻ ഫോം

1	Name of the Patient with Initial രോഗിയുടെ മുഴുവൻ പേരും ഇനിക്കുല്പം												
2	Completed age പൂർത്തിയായ വയസ്സ്	DD	3	Date of Birth ജനനതീയതി	DD	MM	YYYY	4	Gender	M/പു	<input type="checkbox"/>	F/സ്ത്രീ	<input type="checkbox"/>
5	ST എസ്റ്റി	അതെ <input type="checkbox"/>		അല്ല <input type="checkbox"/>	6	APL / എപിൽ <input type="checkbox"/>		BPL / ബിപിൽ <input type="checkbox"/>	7	Religion മതം			
8	Monthly family income from all sources പ്രതിമാസ കുടുംബ വരുമാനം						9	Nationality ദേശീയത					
10	Occupation / തൊഴിൽ (രോഗിയുടെ/രക്ഷകർത്താവിന്റെ) (Patient's / Guardian's)												
11	Name of Father / രോഗിയുടെ അച്ഛന്റെ പേര്												
12	Name of Mother / രോഗിയുടെ അമ്മയുടെ പേര്												
13	Marital Status of the Patient വൈവാഹിക അവസ്ഥ		Single / അവിവാഹിതൻ/ൻ		<input type="checkbox"/>	Married / വിവാഹിതൻ/ൻ		<input type="checkbox"/>	14	Spouse Name ഒർത്താവിന്റെ/ഭാര്യയുടെ പേര്			
15	Name of Guardian / രക്ഷകർത്താവിന്റെ പേര്												
16	Present Address / ഇപ്പോഴത്തെ മേൽവിലാസം						Permanent Address / സ്ഥിരമായ മേൽവിലാസം						
House Name / വീട്ടുപേര്													
House No. / വീട്ടുനമ്പർ													
Street Name / തെരുവ്													
Place / സ്ഥലം													
Post Office / പോസ്റ്റ് ഓഫീസ്													
District / ജില്ല													
State / സംസ്ഥാനം													
Pin Code / പിൻകോഡ്													
17	താങ്കളുടെ വീട് സ്ഥിതിചെയ്യുന്ന സ്ഥലം ഏത് എന്ന് (✓) ചെയ്യുക												
	പഞ്ചായത്തിന്റെ പേര്	<input type="checkbox"/>											
	മുൻസിപ്പാലിറ്റിയുടെ പേര്	<input type="checkbox"/>											
	കോർപ്പറേഷന്റെ പേര്	<input type="checkbox"/>											
18	Phone Number	a	Land Line no. (with STD Code)				b	Mobile.1		c	Mobile.2		

19	ADHAR. No.						
20	PAN പാൻ.						
21	ആർ എസ് ബി വൈ / ചിസ്പ്ലസ് കാർഡ് നമ്പർ. R B S Y / Chis Plus Card No.						
22	റേഷൻ കാർഡ് നമ്പർ / Ration Card No. (റേഷൻ കാർഡിന്റെ പകർപ്പ് ഇതോടൊപ്പം സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്)						
23	Email id						
24	ഇതോടൊപ്പം സമർപ്പിയ്ക്കുന്ന തിരിച്ചറിയൽ രേഖ / Identity proof attached herewith.						
	ആധാർ Adhar []	ഡ്രൈവിംഗ് ലൈസൻസ് Driving Licence []	തിരഞ്ഞെടുപ്പ് കമ്മീഷൻ തിരിച്ചറിയൽ കാർഡ് Electoral ID []				
25	Whether eligible for Govt's medical Reimbursement? സർക്കാർ മെഡിക്കൽ റിഇംബേഴ്സ്മെന്റിന് അർഹരാണ്?		Yes / No [] / []				
26	Are you eligible for health Insurance/Claim? - താങ്കൾ ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസ് പദ്ധതിയിൽ ചേർന്നിട്ടുണ്ടോ?						
	a	ESI / ഇ.എസ്.ഐ	b	CHISPLUS/ചിസ്പ്ലസ്	c	Pvt. Insurance Policy സ്വകാര്യകമ്പനികൾ	d
27	Name, Hospital address and Email ID of the Doctor who referred you here. ഇവിടേക്ക് റഫറൻസ് കരുതുന്നതായ ഡോക്ടറുടെ പേരും ആശുപത്രി മേൽവിലാസവും, ഇമെയിൽ വിലാസവും.						
28	If you are a foreigner, you should attach a copy of passport and medical visa.						
	Passport No.		Medical Visa No.				