



# 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	No
അതെ	അല്ല

Hospital No. :

ആശുപത്രി നമ്പർ :

1	Name of the Patient with initial രോഗിയുടെ മുഴുവൻ പേരും ഇനിയൊന്നും (IN BLOCK LETTERS)											
2	Completed age പൂർത്തിയായ വയസ്സ്	3	Date of Birth ജനനതീയതി	DD	MM	YYYY	4	Gender	M/പുരുഷൻ <input type="checkbox"/>	F/സ്ത്രീ <input type="checkbox"/>	Non-binary/ മറ്റുള്ളവ <input type="checkbox"/>	
5	Scheduled Tribe പട്ടിക വർഗ്ഗം	Yes/ അതെ <input type="checkbox"/>	No/ അല്ല <input type="checkbox"/>	6	Religion/ മതം	7	Nationality/ ദേശീയത					
If you are a foreigner (you should attach a copy of the passport and medical visa)												
Passport No.						Medical Visa No.						
8	Occupation/ (രോഗിയുടെ/രക്ഷകർത്താവിന്റെ) (Patient's/Guardian's)											
9	Name of Father/ രോഗിയുടെ അച്ഛന്റെ പേര്											
10	Name of Mother/ രോഗിയുടെ അമ്മയുടെ പേര്											
11	Marital Status	Single/ അവിവാഹിത/ൻ <input type="checkbox"/>	12	Spouse Name/ ഭർത്താവിന്റെ/ഭാര്യയുടെ പേര്								
		Married/ വിവാഹിത/ൻ <input type="checkbox"/>										
13	Name of Guardian രക്ഷകർത്താവിന്റെ പേര്						Relationship രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം					
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												
14	പഞ്ചായത്തിന്റെ പേര് <input type="checkbox"/>											
	മുനിസിപ്പാലിറ്റിയുടെ പേര് <input type="checkbox"/>											
	കോർപ്പറേഷന്റെ പേര് <input type="checkbox"/>											
District/ ജില്ല												
State/ സംസ്ഥാനം												
Pincode/ പിൻകോഡ്												

15	Phone Number	Mobile 1.	Mobile 2.	Land Line No. (With STD Code)
16	Email ID			
17	Ration Card No./ റേഷൻ കാർഡ് നമ്പർ. (റേഷൻകാർഡിന്റെ പകർപ്പ് ഇതോടൊപ്പം സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്) (Copy to be attached)			APL/എപിഎൽ <input type="checkbox"/> NPHH <input type="checkbox"/> BPL/ബിപിഎൽ <input type="checkbox"/> PHH <input type="checkbox"/>
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? മെഡിക്കൽ റീഇംപേഴ്സ്മെന്റിന് / ഇൻഷുറൻസ് പദ്ധതിയ്ക്ക് അർഹരാനോ? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> അതെ <input type="checkbox"/> അല്ല <input type="checkbox"/> Medical Reimbursement <input type="checkbox"/> Pvt. Insurance Policy <input type="checkbox"/> ESI <input type="checkbox"/> CGHS <input type="checkbox"/> KASP <input type="checkbox"/> Others <input type="checkbox"/> Card Number :			
20	Name, Hospital address and Email ID of the doctor who referred you here ഇവിടത്തേക്ക് റഫറൻസ് കരുതു തന്നയച്ച ഡോക്ടറുടെ പേരും ആശുപത്രി മേൽവിലാസവും, ഇമെയിൽ വിലാസവും.			

Name of the patient		Signature :
Name of the Attendant		Signature :
Relationship with the Patient		
If patient is SCT staff / dependant, Name of Staff		
Employee Code	Relationship of patient with staff	

**FOR OFFICE USE**

New Registration <input type="checkbox"/>	Temporary Categorization <input type="checkbox"/>	Date :							
Reassessment <input type="checkbox"/>	Name :	Time :							
	Empl. Code :	Signature :							
Department	CM	CS	NM	NS	IS&IR				
Category	D	B	A <sub>1</sub>	A (SEA sheet and documents attached)					
Type	GGH	ESI	RBL	ROY	SCT	STA	STB	MIP	KSP
Name of Social Worker	Employee Code			Signature			Date		
Remarks :									