



PATIENT REGISTRATION FORM		DR. SURESH ADVANI'S SMITA MEMORIAL HOSPITAL AND RESEARCH CENTRE			
Full Name (In Capital Letters) മുഴുവൻ പേര്:					
Father's Name / Husband's Name: പിതാവിന്റെ / ഭർത്താവിന്റെ പേര്:					
Date of Birth : ജനന തീയതി:		Age: വയസ്സ്:		Sex: സ്ത്രീ / പു:	
Present Address with pincode ഇപ്പോഴത്തെ മേൽവിലാസം പിൻ കോഡ് സഹിതം:			Permanent Address with pincode: സ്ഥിര മേൽവിലാസം പിൻ കോഡ് സഹിതം:		
Home Phone: വീട്ടിലെ ഫോൺ:		Work Phone: ജോലി സ്ഥലത്തെ ഫോൺ:			
email: ഇ മെയിൽ:					
Marital Status:	<input type="checkbox"/> Married വിവാഹിതൻ	<input type="checkbox"/> Single അവിവാഹിതൻ	Occupation: തൊഴിൽ:		
For Foreigners Passport No: വിദേശിയാണെങ്കിൽ പാസ്പോർട്ട് നമ്പർ:			Visa No (വിസ നമ്പർ): Validity (കാലാവധി):		
Have you registered in our hospital before? ഈ ഹോസ്പിറ്റലിൽ ഇതിനു മുൻപ് രജിസ്റ്റർ ചെയ്തിട്ടുണ്ടോ?			<input type="checkbox"/> Yes ഉണ്ട്	<input type="checkbox"/> No ഇല്ല	
In case of emergency person to be notified: അടിയന്തിരഘട്ടങ്ങളിൽ ബന്ധപ്പെടേണ്ട ആൾ: Relationship : രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം:					
Local Contact Address and Phone No: ബന്ധപ്പെടേണ്ട മേൽവിലാസവും ഫോൺനമ്പറും:					
Allergy for Medicines: മരുന്നുകൾക്ക് അലർജി:	<input type="checkbox"/> Yes ഉണ്ട്	<input type="checkbox"/> No ഇല്ല			
Health Insurance: ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസ്:					
How did you come to Smita Memorial Hospital? താങ്കൾ ഈ ആശുപത്രിയെ കുറിച്ച് എങ്ങനെ അറിഞ്ഞു? (<input checked="" type="checkbox"/> ചെയ്യുക)					
<input type="checkbox"/> Advertisement (News Paper, Radio, Advertisement Board) ന്യൂസ് പേപ്പർ, റേഡിയോ, പരസ്യ ബോർഡ്	<input type="checkbox"/> Online Media (Facebook, Whatsapp, Website, Youtube etc.) ഫെയ്സ്ബുക്ക്, വാട്സ്ആപ്പ്, വെബ്സൈറ്റ്, യൂട്യൂബ് മുതലായവ				
<input type="checkbox"/> Referred by doctor / hospital/clinic. If yes, specify name: ഡോക്ടർ മുഖാന്തരം/ആശുപത്രി/ക്ലിനിക്ക് മുഖാന്തരം, ആണെങ്കിൽ പേര്	<input type="checkbox"/> Medical Camp / privilege Card മെഡിക്കൽ ക്യാമ്പ് / പ്രിവിലേജ് കാർഡ്				
<input type="checkbox"/> Corporate / Insurance / Others. Specify if any കമ്പനികൾ / ഇൻഷുറൻസ് / മറ്റുള്ളവ. വിവരിക്കുക	<input type="checkbox"/> On my own / Through Relatives / Friends സ്വയം / ബന്ധുക്കൾ / സുഹൃത്തുക്കൾ മുഖാന്തരം				
I consent for the medical examination, performance of any diagnostic investigations, procedures required in this hospital for the diagnosis of my disease. The information given above is true to best of my knowledge. ഈ ആശുപത്രിയിൽ എന്റെ രോഗ നിർണ്ണയത്തിനും ചികിത്സയ്ക്കും ആവശ്യമായ എല്ലാ പരിശോധനകൾക്കും ഞാനെന്റെ സമ്മതം അറിയിച്ചുകൊള്ളുന്നു. മുകളിൽ കൊടുത്തിരിക്കുന്ന എല്ലാ വിവരങ്ങളും സത്യസന്ധമാണെന്ന് ഇതിനാൽ ഞാൻ ബോധിപ്പിച്ചുകൊള്ളുന്നു.					
Date:	Signature:				
For Official Use Only					
Dept./Doctor:	MRD No:				
Registered By:	Checked by:				