CHRISTIAN MEDICAL COLLEGE, VELLORE, INDIA

OUT PATIENTS NEW REGISTRATION FORM புதிய புற நோயாளிகளின்பதிவு செய்யும் படிவம்

PLEASE WRITE IN CAPITAL LETTERS

Patient's Full Name : நோயாளியின் முழு பெயர்

Patient's Occupation :
நோயளியின் பணி செய்யும் விபரம்

For Office Use:
Patient's New Hospital No.

Male / Female
ஆண் / பெண்

Age
வயது

Date of Birth பிறந்த நாள்
D D M M Y Y Y Y

Patient's Father / husband's Full Name :
தந்தை / கணவர் / முழுப்பெயர் :

Married / Unmarried :
திருமணம் ஆனவர் / ஆகாதவர் :

PERMANENT ADDRESS
நோயாளியின் நிரந்தர வீட்டு முகவரி

Pincode /பின் கோடு

Door No./ கதவு எண்

Street / தெரு

Nationality : தேசியம்

Hindu / Christian / Muslim / Others
இந்து / கிறுஸ்துவர் / முகமதியர் / பிறவகையினர்

Village / Town
கிராமம் / நகரம்

Name of the Hotel / Lodge : தங்கும் விடுதியின் பெயர்

Post Office / Taluk
அஞ்சல் அலுவலகம் / தாலுக்கா

Mobile No.

District / மாவட்டம்

State / மாகாணம்

Have You registered at CMC, Vellore, before? Yes/No
If Yes. Hospital No.
சி.எம்.சி. வேலூர் மருத்துவமனை பதிவு அட்டை இதற்கு முன்பு பெற்றுள்ளீரா? ஆம் / இல்லை ஆம் எனில். மருத்துவ பதிவு எண்

Country / தேசம்

Phone No. தொலைபேசி எண்.

Mobile No. கைப்பேசி எண்

I understand that this is a legal document. I also understand that my name cannot be changed from what is written in this document. I take responsibility for the information given above which is correct and reliable. I also hereby, give my consent for all procedures and laboratory tests including HIV to be conducted on me which is necessary for the management of my illness.

இது சட்டப்பூர்வமான படிவம் என்று உணர்கிறேன் மேலும் இந்த படிவத்தில் எழுதப்பட்டுள்ள என் பெயர் மாற்றத்திற்கு உரியதல்ல என்றும் உணர்கிறேன். மேலே தரப்பட்டுள்ள தகவல்கள் அனைத்தும் சரியானவை மற்றும் ஏற்புடையவை என்றும் நான் பொறுப்பேற்கிறேன். என் நோயின் தன்மையை முடிவு செய்ய தேவையான எச்.ஐ.வி. உட்பட எல்லா ஆய்வு பரிசோதனைகளும், செயல்முறைகளும் செய்ய நான் ஒப்புதல் அளிக்கிறேன்.

Signature / கையொப்பம்

Name / பெயர்

If you need help in filling up this Form, please contact **OPD** *Reception*