

आपका नाम: \_\_\_\_\_

जन्म तिथि: \_\_\_\_\_ लंबाई: \_\_\_\_\_ वज़न: \_\_\_\_\_

फ़ोन नंबर (घर का): \_\_\_\_\_ सेल फ़ोन: \_\_\_\_\_

माता-पिता/अभिभावक का नाम: \_\_\_\_\_

फ़ोन नंबर: \_\_\_\_\_

स्वास्थ्य बीमा कंपनी: \_\_\_\_\_

आईडी #: \_\_\_\_\_ ग्रुप #: \_\_\_\_\_

आपकी प्रमुख भाषा या संचार का तरीका: \_\_\_\_\_

नाम: \_\_\_\_\_

संबंध: \_\_\_\_\_ फ़ोन नंबर: \_\_\_\_\_

नाम: \_\_\_\_\_

संबंध: \_\_\_\_\_ फ़ोन नंबर: \_\_\_\_\_

नाम: \_\_\_\_\_

संबंध: \_\_\_\_\_ फ़ोन नंबर: \_\_\_\_\_

नाम: \_\_\_\_\_

संबंध: \_\_\_\_\_ फ़ोन नंबर: \_\_\_\_\_

विशेष सुरक्षा संबंधी निर्देश, आपात स्थिति योजनाएं या हॉटलाइन फ़ोन #:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

विशेष स्थितियाँ, उपचार में चुनौतियाँ, असाधारण निष्कर्ष, या चिकित्सीय या टिकाऊ उपकरण (प्रकार और आकार) के इस्तेमाल की ज़रूरत:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

मुख्य निदान: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

अन्य निदान या मुख्य चोटें? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

विशेष स्थितियाँ/टिप्पणियाँ: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

एलर्जियाँ (दवाइयाँ, भोजन, पर्यावरण, संपर्क या अन्य शामिल करें)।

क्या होता है इसका वर्णन करें।): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

मुख्य डॉक्टर का नाम: \_\_\_\_\_

पता: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ फ़ोन नंबर: \_\_\_\_\_

पसंदीदा अस्पताल: \_\_\_\_\_

फ़ार्मसी का नाम: \_\_\_\_\_

पता: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ फ़ोन नंबर: \_\_\_\_\_

स्पेशियल्टी अस्पताल: \_\_\_\_\_

