

# Gravity Hospital & Research Centre – MEDICO-LEGAL REGISTER (DIGITAL CONSENT FORM)

**Address:** Gat No, 167, Sahyog Nager, Triveni Nagar, Chowk, Pimpri-Chinchwad,  
Maharashtra 411062

**Mob.:** +91 1234567890

**Email:** support@gravityhospital.com

---

## MEDICO-LEGAL REGISTER (ENGLISH)

### Patient Information

- **Government ID:** \_\_\_\_\_
  - **M.L.C. No.:** \_\_\_\_\_
  - **Indoor / OPD No.:** \_\_\_\_\_
  - **Name & Address:** \_\_\_\_\_
  - **Date of Examination:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
  - **Time:** \_\_\_\_ am / pm
  - **Age:** \_\_\_\_ years
  - **Sex:** ☐ Male ☐ Female ☐ Other
  - **Brought / Referred by (Name & Address):** \_\_\_\_\_
  - **Identification Marks / L.H.T.I.:** \_\_\_\_\_
  - **Relationship of person bringing patient:** \_\_\_\_\_
  - **Signature:** \_\_\_\_\_
  - **Time Brought In:** \_\_\_\_ am / pm
- 

### History and Alleged Cause of Injury

---

### Condition on Arrival

---

### Details of Injuries / Clinical Features

(Nature, exact site, size, fresh/healing, cause & age of injury)

---

---

## Site of Injury (Body Diagram – To be Marked)

**Front View:** ☐ Head ☐ Torso ☐ Arms ☐ Legs

**Back View:** ☐ Head ☐ Back ☐ Arms ☐ Legs

**Face:** ☐ Left ☐ Right ☐ Center

---

## Radiological Investigations

---

## Summary of Treatment

---

## Condition on Discharge & Diagnosis

---

- **Attended by Doctor(s):** \_\_\_\_\_
- 

## Admission & Discharge Details

- **Date of Admission:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
  - **IP No.:** \_\_\_\_\_
  - **Date of Discharge:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
- 

## Police Information on Admission

- **Date & Time Informed:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ am/pm
  - **Date & Time Police Arrived:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ am/pm
  - **Email sent to Police:** ☐ Yes ☐ No
- 

## Police Details

- **Police Station:** \_\_\_\_\_
- **Constable Name:** \_\_\_\_\_
- **Buckle No.:** \_\_\_\_\_
- **Signature:** \_\_\_\_\_
- **Name of Institution:** \_\_\_\_\_

---

## Police Information on Discharge

- Date & Time Informed: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ am/pm
  - Date & Time Police Arrived: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ am/pm
  - Police Station: \_\_\_\_\_
  - Constable Name: \_\_\_\_\_
  - Buckle No.: \_\_\_\_\_
  - Signature: \_\_\_\_\_
- 

## Medical Officer Details

- Name of M.O.: \_\_\_\_\_
  - Designation: \_\_\_\_\_
  - Registration No.: \_\_\_\_\_
- 

## Final Declaration

This medico-legal record must be preserved permanently as per legal requirements.

- Signature of Medical Officer: \_\_\_\_\_
- Date: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## मेडिको-लीगल रजिस्टर (HINDI – FULL & ELABORATIVE)

### रोगी की जानकारी (Patient Information)

- सरकारी पहचान पत्र (Govt. ID): \_\_\_\_\_
- एम.एल.सी. क्रमांक (M.L.C. No.): \_\_\_\_\_
- इंडोर / ओपीडी क्रमांक: \_\_\_\_\_
- नाम एवं पता: \_\_\_\_\_
- परीक्षण की तिथि: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
- समय: \_\_\_\_ पूर्वाह्न / अपराह्न
- आयु: \_\_\_\_ वर्ष

- लिंग: ☐ पुरुष ☐ महिला ☐ अन्य
- रोगी को लाने / संदर्भित करने वाले का नाम एवं पता: \_\_\_\_\_
- पहचान चिन्ह / एल.एच.टी.आई.: \_\_\_\_\_
- रोगी को लाने वाले व्यक्ति से संबंध: \_\_\_\_\_
- हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_
- रोगी के अस्पताल लाने का समय: \_\_\_\_ पूर्वाह्न / अपराह्न

### चोट का इतिहास एवं कथित कारण

(घटना का विवरण, समय, स्थान, परिस्थितियाँ)

---



---

### आगमन के समय रोगी की स्थिति

(सचेत / अचेत, रक्तस्राव, दर्द, शॉक आदि)

---



---

### चोटों / चिकित्सीय लक्षणों का विवरण

(प्रकृति, सटीक स्थान, आकार, नई/पुरानी, चोट का कारण एवं आयु)

---



---

### चोट का स्थान (शरीर आरेख)

सामने का दृश्य: ☐ सिर ☐ धड़ ☐ हाथ ☐ पैर

पीछे का दृश्य: ☐ सिर ☐ पीठ ☐ हाथ ☐ पैर

चेहरा: ☐ बायाँ ☐ दायाँ ☐ मध्य

---

### रेडियोलॉजिकल जांच

(एक्स-रे / सीटी / एमआरआई विवरण)

---

---

## उपचार का सारांश

(प्राथमिक उपचार, शल्य क्रिया, दवाएँ)

---

---

## डिस्चार्ज के समय स्थिति एवं निदान

---

- उपस्थित चिकित्सक: \_\_\_\_\_
- 

## भर्ती एवं डिस्चार्ज विवरण

- भर्ती की तिथि: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
  - आई.पी. क्रमांक: \_\_\_\_\_
  - डिस्चार्ज की तिथि: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
- 

## भर्ती के समय पुलिस सूचना

- सूचित करने की तिथि एवं समय: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \_\_\_\_
  - पुलिस के आने की तिथि एवं समय: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \_\_\_\_
  - पुलिस को ई-मेल भेजा गया: ☐ हाँ ☐ नहीं
- 

## पुलिस विवरण

- पुलिस स्टेशन: \_\_\_\_\_
- कांस्टेबल का नाम: \_\_\_\_\_
- बकल नंबर: \_\_\_\_\_

- हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_
  - संस्था का नाम: \_\_\_\_\_
- 

### डिस्चार्ज के समय पुलिस सूचना

- सूचना की तिथि एवं समय: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
  - पुलिस के आने की तिथि एवं समय: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
- 

### चिकित्सा अधिकारी विवरण

- नाम: \_\_\_\_\_
  - पद: \_\_\_\_\_
  - पंजीकरण क्रमांक: \_\_\_\_\_
- 

### अंतिम घोषणा

यह मेडिको-लीगल रिकॉर्ड कानून के अनुसार स्थायी रूप से संरक्षित किया जाना अनिवार्य है।

- चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_
  - दिनांक: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
- 

## मेडिको-लीगल नॉंदवही (MARATHI – FULL & ELABORATIVE)

### रुग्णाची माहिती

- शासकीय ओळखपत्र: \_\_\_\_\_
- एम.एल.सी. क्रमांक: \_\_\_\_\_

- इंडोर / ओपीडी क्रमांक: \_\_\_\_\_
- नाव व पत्ता: \_\_\_\_\_
- तपासणीची तारीख: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
- वेळ: \_\_\_\_ सकाळ / संध्याकाळ
- वय: \_\_\_\_ वर्षे
- लिंग: ☐ पुरुष ☐ स्त्री ☐ इतर
- रुग्णास आणणाऱ्या / संदर्भ देणाऱ्या व्यक्तीचे नाव व पत्ता: \_\_\_\_\_
- ओळखचिन्हे / LHTI: \_\_\_\_\_
- रुग्णास आणणाऱ्या व्यक्तीचे नाते: \_\_\_\_\_
- स्वाक्षरी: \_\_\_\_\_
- रुग्ण आणल्याची वेळ: \_\_\_\_ सकाळ / संध्याकाळ

जखमेचा इतिहास व कथित कारण

(घटना, वेळ, ठिकाण, परिस्थिती)

---



---

दाखल करतानाची रुग्णाची अवस्था

(शुद्धीत / बेशुद्ध, रक्तस्राव, वेदना, शॉक)

---



---

जखमांचा / क्लिनिकल लक्षणांचा तपशील

(प्रकार, अचूक ठिकाण, आकार, नवीन/जुनी, जखमेचे कारण व कालावधी)

---



---

जखमेचे स्थान (शरीर आकृती)

समोरील दृश्य: ☐ डोके ☐ धड ☐ हात ☐ पाय  
मागील दृश्य: ☐ डोके ☐ पाठ ☐ हात ☐ पाय  
चेहरा: ☐ डावा ☐ उजवा ☐ मधला

---

रेडिओलॉजिकल तपासण्या

---

उपचारांचा सारांश

---

डिस्चार्ज वेळची स्थिती व निदान

---

भरती व डिस्चार्ज तपशील

- भरतीची तारीख: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
- IP क्रमांक: \_\_\_\_\_
- डिस्चार्जची तारीख: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

---

पोलीस माहिती (भरतीवेळी)

- कळविल्याची तारीख व वेळ: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
- पोलीस उपस्थिती: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

---

वैद्यकीय अधिकाऱ्याची अंतिम घोषणा

ही मेडिको-लीगल नोंदवही कायद्यानुसार कायमस्वरूपी जतन करणे बंधनकारक आहे.

- वैद्यकीय अधिकाऱ्याची स्वाक्षरी: \_\_\_\_\_
- तारीख: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_