

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: ____ पूर्वाहन / 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: ____ पूर्वाहन / अपराह्न
-

चोट का इतिहास एवं कथित कारण

(घटना का विवरण, समय, स्थान, परिस्थितियाँ)

आगमन के समय रोगी की स्थिति

(सचेत / अचेत, रक्तसाव, 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 नोंदवही (MARATHI – FULL & ELABORATIVE)

रुग्णाची माहिती

- शासकीय ओळखपत्र: _____
- एम.एल.सी. क्रमांक: _____

- इंडोर / ओपीडी क्रमांक: _____
- नाव व पत्ता: _____
- तपासणीची तारीख: ____ / ____ / ____
- वेळ: ____ सकाळ / संध्याकाळ
- वय: ____ वर्ष
- 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: ____ / ____ / ____