

SELF DECLARATION FORM FOR PATIENT

| | | |
|-------------------|----------------|---------------|
| Name | Age | Gender |
| Mobile No. | C.R.No. | |
| Address | | |

Reason for visiting the hospital : _____

Name of Consulting Doctor : _____

Please tick on the appropriate choice

1. Do you have fever/ cough/ sore throat/ loose motions or have had these symptoms in last 10 days? **Yes / No**
2. Have you experienced any difficulty in breathing or chest pain in last 10 days? **Yes / No**
3. Have you travelled outside the city in the last 10 days? **Yes / No**
4. Are you residing in an area which has been declared containment/ sealed / hot zone by the government in last 10 days? **Yes / No**
5. Have you come in contact with anyone who has been tested positive for COVID 19 in last 10 days? **Yes / No**

I hereby declare that the above stated facts are true to best of my knowledge.

Name : _____

Signature : _____

Date : _____

Time : _____



स्वःघोषणा पत्र - रोगी के लिए

| | | |
|-----------|-------------|------|
| नाम | आयु | लिंग |
| मोबाल नं. | सी. आर. नं. | |
| पता | | |

अस्पताल आने का कारण : _____

परामर्श चिकित्सक का नाम : _____

कृपया उचित विकल्प पर '√' लगाएं

1. क्या आपको बुखार / खांसी / गले में खराश / लूज मोशन हैं या पिछले 10 दिनों में ये लक्षण हुए हैं? हाँ / नंही
2. क्या आपने पिछले 10 दिनों में सांस लेने में कठिनाई या सीने में दर्द का अनुभव किया है? हाँ / नंही
3. क्या आपने पिछले 10 दिनों में शहर से बाहर यात्रा की है? हाँ / नंही
4. क्या आप उस क्षेत्र में निवास कर रहे हैं जिसे पिछले 10 दिनों में सरकार द्वारा कन्टेन्मन्ट/ सील / गर्म क्षेत्र घोषित किया गया है? हाँ / नंही
5. क्या आप पिछले 10 दिनों में COVID 19 के लिए सकारात्मक परीक्षण कर चुके किसी व्यक्ति के संपर्क में आए हैं? हाँ / नंही

मैं इसके द्वारा घोषित करता हूँ कि उपर्युक्त तथ्य मेरे अधिकांश ज्ञान के लिए सही हैं।

नाम : _____

हस्ताक्षर : _____

तारीख : _____

समय : _____



SELF DECLARATION FORM FOR PATIENT'S ATTENDANT

| | | |
|-------------------|----------------|---------------|
| Name | Age | Gender |
| Mobile No. | C.R.No. | |
| Address | | |

Reason for visiting the hospital : _____

Name of Consulting Doctor : _____

Name of the patient you are accompanying : _____

Please tick on the appropriate choice

- | | | | | |
|----|---|------------|---|-----------|
| 1. | Do you have fever/ cough/ sore throat/ loose motions or have had these symptoms in last 10 days? | Yes | / | No |
| 2. | Have you experienced any difficulty in breathing or chest pain in last 10 days? | Yes | / | No |
| 3. | Have you travelled outside the city in the last 10 days? | Yes | / | No |
| 4. | Are you residing in an area which has been declared containment/ sealed / hot zone by the government in last 10 days? | Yes | / | No |
| 5. | Have you come in contact with anyone who has been tested positive for COVID 19 in last 10 days? | Yes | / | No |

I hereby declare that the above stated facts are true to best of my knowledge.

Name : _____

Signature : _____

Date : _____

Time : _____



स्वःघोषणा पत्र - रोगी के परिचारक के लिए

| | | |
|-----------|-------------|------|
| नाम | आयु | लिंग |
| मोबाल नं. | सी. आर. नं. | |
| पता | | |

अस्पताल आने का कारण : _____

परामर्श चिकित्सक का नाम : _____

आपके साथ आने वाले रोगी का नाम _____

कृपया उचित विकल्प पर '✓' लगाएं

1. क्या आपको बुखार / खांसी / गले में खराश / लूज मोशन हैं या पिछले 10 दिनों में ये लक्षण हुए हैं? हाँ / नहीं
2. क्या आपने पिछले 10 दिनों में सांस लेने में कठिनाई या सीने में दर्द का अनुभव किया है? हाँ / नहीं
3. क्या आपने पिछले 10 दिनों में शहर से बाहर यात्रा की है? हाँ / नहीं
4. क्या आप उस क्षेत्र में निवास कर रहे हैं जिसे पिछले 10 दिनों में सरकार द्वारा कन्टेन्मन्ट/ सील / गर्म क्षेत्र घोषित किया गया है? हाँ / नहीं
5. क्या आप पिछले 10 दिनों में COVID 19 के लिए सकारात्मक परीक्षण कर चुके किसी व्यक्ति के संपर्क में आए हैं? हाँ / नहीं

मैं इसके द्वारा घोषित करता हूँ कि उपर्युक्त तथ्य मेरे अधिकांश ज्ञान के लिए सही हैं।

नाम : _____

हस्ताक्षर : _____

तारीख : _____

समय : _____