



उत्तराखण्ड शासन  
चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग

सत्यमेव जयते

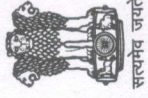


जन्म रिपोर्ट  
विधिक सूचनायें

यह भाग जन्म पंजिका में जुड़ेगा



उत्तराखण्ड शासन



सत्यमेव जयते

उत्तराखण्ड शासन

चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग

जन्म रिपोर्ट

सांख्यिकी सूचनायें

इस भाग को विधिक भाग से अलग कर सांख्यिकी प्रयोजनार्थ भेजा जायेगा



सूचना देने वाले द्वारा भरा जायेगा

- जन्म का दिनांक (सही दिवस, मास व वर्ष लिखें).....
- लिंग : (पूर्ण महिला/पुरुष अंकित करें) .....
- नवजात शिशु का नाम : (यदि कोई हो) .....
- पिता का नाम .....
- पिता की आधार संख्या (यदि कोई है)
- माता का नाम .....
- माता की आधार संख्या (यदि कोई है)
- माता/पिता का स्थाई पता बच्चे के जन्म के समय : .....
- माता/पिता का स्थाई पता : .....
- जन्म का स्थान (सही निशान लगायें)
- (1) अस्पताल/संस्था नाम : .....
- (2) घर : .....
- (3) अन्य स्थान : .....

दिनांक : सूचना देने वाले के हस्ताक्षर

सूचना देने वाले द्वारा भरा जायेगा

- जन्म के समय माता/पिता का पता : .....
- सूचना देने वाले का नाम : .....
- पता : .....
- ग्राम या शहर का नाम जहां माता का निवास हो : .....
- (क) नाम शहर/ग्राम : .....
- (ख) क्या शहर अथवा ग्राम है (सही का निशान लगायें)  
1. शहर ..... 2. ग्राम .....
- (ग) जनपद का नाम : .....
- (घ) प्रदेश का नाम : .....
- परिवार का धर्म (सही का निशान लगायें)  
1. हिन्दू 2. ईसाई 3. मुसलमान 4. सिक्ख 5. अन्य
- पिता का शैक्षिक स्तर : (कहां तक शिक्षा पाई है) :  
.....
- माता का शैक्षिक स्तर : (कहां तक शिक्षा पाई है) :  
.....
- पिता का व्यवसाय : (यदि कोई हो अथवा शून्य लिखें)  
.....

सूचना देने वाले द्वारा भरा जायेगा

- माता का व्यवसाय : (यदि कोई हो अथवा शून्य लिखें)  
.....
- माता के विवाह के समय आयु : .....
- इस सन्तान के जन्म के समय आयु पूर्ण वर्षों में :  
.....
- माता की इस सन्तान को मिलाकर जीवित संतानों की संख्या लिखें : .....
- प्रसव किस तत्वावधान में सम्पन्न हुआ :  
(सही का निशान लगायें)  
1. संस्थागत - सरकारी .....  
2. संस्थागत - निजी/गैर सरकारी .....  
3. चिकित्सक/नर्स या प्रशिक्षित मिडवाइफ द्वारा .....  
4. परम्परागत प्रसव परिचारिका द्वारा .....  
5. रिश्तेदार या अन्य .....  
21. प्रसव प्रक्रिया (सही का निशान लगायें)  
1. स्वाभाविक .....  
2. सीजेरियन .....  
3. अन्य .....  
22. जन्म का वजन यदि ज्ञात हो (किया.) .....  
23. गर्भधारण का समय (हफ्तों में) .....

निबन्धक द्वारा भरा जाना है

पंजीकरण संख्या : ..... पंजीकरण का दिनांक .....

पंजीकरण इकाई : जनपद : .....

शहर/ग्राम का नाम : निबन्धक के हस्ताक्षर

निबन्धक द्वारा भरा जाना है

नाम : ..... कोड .....

जनपद : .....

तहसील : .....

शहर/गांव : .....

पंजीकरण इकाई का नाम : .....

पंजीकरण संख्या ..... दिनांक .....

जन्म की तिथि : .....

आयु : ..... (वर्ष/माह/दिन/घण्टे)

लिंग : ..... (पुरुष/महिला)

जन्म का स्थान : .....

4. अस्पताल/संस्था

5. घर

6. अन्य स्थान

निबन्धक के हस्ताक्षर