

Please mark the correct boxes that apply to this patient



Center-Code
 Unit-Code

Patient number	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Patient Initials	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Year of birth	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Sex	<input type="radio"/> Female	<input type="radio"/> Male		Date of admission	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Weight	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	<input type="radio"/> estimated	<input type="radio"/> measured		
Height	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	<input type="radio"/> estimated	<input type="radio"/> measured	Patient consent	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Patient number	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Patient Initials	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Year of birth	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Sex	<input type="radio"/> Female	<input type="radio"/> Male		Date of admission	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Weight	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	<input type="radio"/> estimated	<input type="radio"/> measured		
Height	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	<input type="radio"/> estimated	<input type="radio"/> measured	Patient consent	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Patient number	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Patient Initials	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Year of birth	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Sex	<input type="radio"/> Female	<input type="radio"/> Male		Date of admission	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Weight	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	<input type="radio"/> estimated	<input type="radio"/> measured		
Height	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	<input type="radio"/> estimated	<input type="radio"/> measured	Patient consent	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Patient number	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Patient Initials	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Year of birth	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Sex	<input type="radio"/> Female	<input type="radio"/> Male		Date of admission	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Weight	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	<input type="radio"/> estimated	<input type="radio"/> measured		
Height	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	<input type="radio"/> estimated	<input type="radio"/> measured	Patient consent	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Patient number	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Patient Initials	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Year of birth	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Sex	<input type="radio"/> Female	<input type="radio"/> Male		Date of admission	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Weight	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	<input type="radio"/> estimated	<input type="radio"/> measured		
Height	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	<input type="radio"/> estimated	<input type="radio"/> measured	Patient consent	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Patient number	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Patient Initials	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Year of birth	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Sex	<input type="radio"/> Female	<input type="radio"/> Male		Date of admission	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Weight	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	<input type="radio"/> estimated	<input type="radio"/> measured		
Height	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	<input type="radio"/> estimated	<input type="radio"/> measured	Patient consent	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Patient number	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Patient Initials	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Year of birth	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Sex	<input type="radio"/> Female	<input type="radio"/> Male		Date of admission	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Weight	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	<input type="radio"/> estimated	<input type="radio"/> measured		
Height	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	<input type="radio"/> estimated	<input type="radio"/> measured	Patient consent	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No