



4205111907064286_POLI...

5/6



Star Health And Allied Insurance Company Limited

Star Health and Allied Insurance
Company Limited
Customer Identity Card

Policy No : 4205111907064286

Name	DOB	Gender	Customer Id
R LAVANYA	03-Jun-1999	Female	9714415-1
KAVIN A	17-May-2017	Male	9714415-2
THIYASRI R	27-Jan-2022	Female	ME0330480523

Valid From : 25-Nov-2025

Valid Till : 25-Nov-2026

Office Code : 111121

Agent/Broker/TE Code : BA0000234014

TA/SSM/SM Code : SH30051

IRDAI Regn.No:129

Emergency Help Line No.1800 425 2255/1800 102 4477

e-mail : support@starhealth.in Website : www.starhealth.in

Please quote the Customer Id No. for assistance

- This ID Card is invalid, if the insurance cover is not in force.
- Immediate Intimation to 'Star' through above Tel Nos. is a must in case of Hospitalisation.

At the time of hospitalisation, kindly submit any Government approved photo ID Card.

Corporate Identity Number : L66010TN2005PLC056649

Entered by : CUSTPORTAL
Approved by : URONA

For Star Health and Allied Insurance Company Ltd.

Authorised Signatory

Page 5 of 6

Registered Office : No. 1, New Tank Street, Valluvar Kottam High Road, Kungambakkam, Chennai - 600 034. Phone : 044 - 2628 8800 Corporate
Office : No. 148, Acropolis, Dr. Radha Krishnan Salai, Mylapore, Chennai - 600 004. Phone : 044 - 4788 6666 Toll Free No:1800-425-2255 /
1800-102-4477, CTN : L66010TN2005PLC056649 Email : support@starhealth.in Website : www.starhealth.in IRDAI Regn.no. 129



PDF to Long Images



PDF to Images

आयकर विभाग

INCOME TAX DEPARTMENT

ANANDAN R



भारत सरकार

GOVT. OF INDIA

RAVI

650-601

23/05/1986

Permanent Account Number

BMPPA8760B



Signature





இந்திய அரசாங்கம்
Government of India

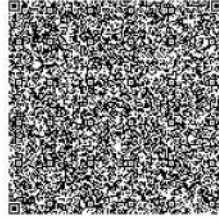
இந்திய தனிப்பட்ட அடையாள ஆணைய அமைப்பு
Unique Identification Authority of India

பதிவேட்டு எண்/ Enrolment No.: 2726/52690/64649

To
தியாஸ் ஆ
Thiyasri A
C/O: Lavanya R,
House,
Old no 55 New no 17 Kavin Kudiel Lakshmi Puram 1main Road,
Tambaram Chennai,
VTC: Tambaram West,
PO: Tambaram,
District: Kancheepuram,
State: Tamil Nadu,
PIN Code: 600045
Mobile: 9884095035

Signature valid

Digitally signed by Thiyasri A, Unique
Identification Authority of India,
DN: cn=Thiyasri A, o=Unique Identification
Authority of India, ou=India, email=thiyasri.a@uidai.gov.in,
c=IN, date=2020.05.14 14:01:06
+05'30'



உங்கள் ஆதார் எண் / Your Aadhaar No. :

4614 4115 4243

VID : 9152 4011 9676 6448

எனது ஆதார், எனது அடையாளம்



இந்திய அரசாங்கம்
Government of India



Aadhaar no. Issued: 13/05/2026



தியாஸ் ஆ
Thiyasri A
பிறந்த நாள்/DOB: 27/01/2022
பெண்/ FEMALE

இந்த ஆதார் 5 வயது வரை
மட்டுமே செல்லுபடியாகும்.

ஆதார் என்பது அடையாளத்திற்கான சான்றாகும். குடியுரிமை, அல்லது பிறந்த தேதிக்கான சான்றல்ல. இது சரிபார்க்கப்படும் மட்டுமே பயன்படுத்தப்பட வேண்டும் (ஆன்லைன் அங்கீகாரம் அல்லது QR குறியீட்டை ஸ்கேன் செய்தல்/ஆஃப்லைன் xml).
Aadhaar is proof of identity, not of citizenship or date of birth. It should be used with verification (online authentication, or scanning of QR code / offline XML).

4614 4115 4243

எனது ஆதார், எனது அடையாளம்



Government of India



தகவல் / INFORMATION

ஆதார் 5 வயது வரை மட்டுமே செல்லுபடியாகும். 5 வயதை எட்டும்போது பயோமெட்ரிக்ஸ் புதுப்பிக்கப்பட வேண்டும். இல்லையெனில் அது செயலிழக்கப்படும்.

Aadhaar is valid till 5 years of age only. Biometrics are required to be updated on attaining 5 years of age, failing which, it will be deactivated.

- ஆதார் என்பது அடையாளத்திற்கான சான்றாகும். குடியுரிமை அல்லது பிறந்த தேதிக்கான சான்றல்ல. பிறந்த தேதி என்பது ஆதார் எண் வைத்திருப்பவரால் சமர்ப்பிக்கப்பட்ட விதிமுறைகளில் குறிப்பிடப்பட்டுள்ள பிறந்த தேதி ஆவணத்தின் ஆதாரம் மூலம் ஆதரிக்கப்படும் தகவலின் அடிப்படையில் அமைந்துள்ளது.
- இந்த ஆதார் கடிதத்தை UIDAI நியமித்த அங்கீகார நிறுவனத்தால் ஆன்லைன் அங்கீகாரம் அல்லது ஆப் ஸ்டோர்களில் கிடைக்கும் எம் ஆதார் அல்லது ஆதார் QR ஸ்கேனர் செயலியை பயன்படுத்தி QR குறியீடு ஸ்கேனிங் அல்லது www.uidai.gov.in ல் கிடைக்கும் பாதுகாப்பான QR குறியீடு ரீட்டர் செயலியை பயன்படுத்தி சரிபார்க்க வேண்டும்.
- ஆதார் தனித்துவமானது மற்றும் பாதுகாப்பானது.
- ஆதார் பதிவு செய்யப்பட்ட நாளிலிருந்து ஒவ்வொரு 10 வருடங்களுக்குப் பிறகும் ஆதாரில் அடையாளம் மற்றும் முகவரிக்கான ஆவணங்கள் புதுப்பிக்கப்பட வேண்டும்.
- பல்வேறு அரசு மற்றும் அரசு சாரா பலன்கள் / சேவைகளைப் பெற ஆதார் உங்களுக்கு உதவுகிறது.
- உங்கள் மொபைல் எண் மற்றும் மின்னஞ்சல் ஐடியை ஆதாரில் புதுப்பிக்கவும்.
- ஆதார் சேவைகளைப் பெற mAadhaar செயலியை பதிவிறக்கவும்.
- ஆதார்பயோமெட்ரிக்ஸைப் பயன்படுத்தாதபோது பாதுகாப்பை உறுதிசெய்ய, ஆதார்பயோமெட்ரிக்ஸ் லாக்/அன்லாக் அம்சத்தைப் பயன்படுத்தவும்.
- ஆதார் கோரும் நிறுவனங்கள் ஒப்புதலைப் பெற வேண்டிய கட்டாயம் உள்ளது.
- Aadhaar is proof of identity, not of citizenship or date of birth (DOB). DOB is based on information supported by proof of DOB document specified in regulations, submitted by Aadhaar number holder.
- This Aadhaar letter should be verified through either online authentication by UIDAI-appointed authentication agency or QR code scanning using mAadhaar or Aadhaar QR Scanner app available in app stores or using secure QR code reader app available on www.uidai.gov.in.
- Aadhaar is unique and secure.
- Documents to support identity and address should be updated in Aadhaar after every 10 years from date of enrolment for Aadhaar.
- Aadhaar helps you avail of various Government and Non-Government benefits/services.
- Keep your mobile number and email id updated in Aadhaar.
- Download mAadhaar app to avail of Aadhaar services.
- Use the feature of Lock/Unlock Aadhaar/biometrics to ensure security when not using Aadhaar/biometrics.
- Entities seeking Aadhaar are obligated to seek consent.



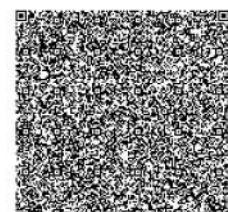
இந்திய தனிப்பட்ட அடையாள ஆணைய அமைப்பு
Unique Identification Authority of India



Details as on: 16/06/2026

முகவரி:
கேர் ஆப்: லாவண்யா ரா, ஓல்ட் நோ 55
நியூ நோ 17 கவின் குடியல் லக்ஷ்மி புரம்
1main ரோட், தம்பரம் சென்னை, தம்பரம்
வெஸ்ட், தம்பரம், காஞ்சிபுரம்,
தமிழ் நாடு - 600045

Address:
C/O: Lavanya R, House, Old no 55 New no 17 Kavin
Kudiel Lakshmi Puram 1main Road, Tambaram
Chennai, Tambaram West, PO: Tambaram, DIST:
Kancheepuram,
Tamil Nadu - 600045



4614 4115 4243

VID : 9152 4011 9676 6448

1947

help@uidai.gov.in

www.uidai.gov.in



It takes a lot to treat the little.

PEDIATRIC IN-PATIENT MEDICAL RECORD

Patient Name: _____

UHID ID: _____

Department: _____

Consultant: _____

GUC-00093205

IP18-00036235

Baby DIYASRI

27-01-2022

4 Y 5 M 1 D

(F)

Dr. GANESH R



Pediatric Multiorgan History & Physical Examination

Age/Sex _____

Name: _____

Relationship _____

Information given by: _____

Chief Presenting Complaints & Duration (Chronologically)

History of present illness:

C/O fever - high grade in nature for past 2 days
on soft

± generalized abd pain
on soft

H/O fever 5 days back ^{lasting} for 4 days
± associated blister in the (L) forearm

No C/O: cough

crying during micturition

loose stools

vomiting

Child has C/O: ↓ food intake for 2 days

C/O: ↓ urine output



Child appears lethargic

Passed urine only once today

GUC-00093205

Baby DIYASRI

27-01-2022

Dr. GANESH R

IP18-00036235

4 Y 5 M 1 D

(F)



of any previous investigation or treatment)

Nil

Birth & Neonatal History:

NVD | TERM | 2.5kg | ICZAB | NO NICU

Family Chart



Birth & Socio Economic History:

About Father :

About Mother :

Any additional information :

Developmental History :

Immunization History :

upto date IAP Schedule

Anthropometry :

Head Circum (cms) _____ (Centile _____) Height (cms): _____ (Centile _____)

Weight (kgs) 12.2kg (Centile _____)

On Examination :

Temperature : 101.8°F Pulse Rate : 144/min B.P. 101/61 (72) SPO2 96.1% ↓ RAResp. rate and type of breathing : 20Rash ⊖Lymphadenopathy ⊖Oedema : ⊖Allergies (if any): ⊖

Patient Sticker

Respiratory System :

Inspection (any s/o distress) :

Air entry & breath sounds :

Any added sounds :

Relevant data from outside (Chest X-Ray, ABG, etc.,)

Cardiovascular System :

Inspection of precordium :

Heart Sounds :

Any murmur :

Relevant data from outside (Chest X-Ray, ECG, ECHO, etc.,)

Per Abdomen :

Inspection :

Palpation :

Auscultation :

Spine :

External Genitalia :

Relevant data from outside (CT, USG etc.,)

Central Nervous System :

Level of Consciousness : AVPU/GCS score :

Cranial Nerves :

Motor System :

Nutrition :

Tone :

Co-ordinator :

Posture :

Involuntary Movements :

Power

5/5



DTR



Plantars

Superficials:

Sensory System :



Bladder / Bowel :

Clinical Summary & Diagnostic: ASK: Fever ↓ evaluation

Pediatric Multiorgan History & Physical Examination

Preventive aspects of the treatment:

Desired goals of the treatment :

Planned Labs:

CBC ✓

CRP ✓

Blood C/S

RFT ✓

SHOT, PT

urine R/E

urine C/S

Planned Management

STVF 40ml/hr

0.9% DNS

Signature of the Doctor: G. S.

Name of the Doctor: C. DEEPAN

Date & Time: 28/6/26 18:45 PM

Signature of the Consultant:

Name of the Consultant:

Date & Time:

(P.T.O.)

GUC-00093205
Baby DIYASRI
27-01-2022
Dr. GANESH R

IP18-00036235
4Y5M2D (F)



Rainbow
Children's
Hospital
It takes a lot to treat the little.

BirthRight
BY RAINBOW HOSPITALS
Your Right to a Safe Delivery

...GRESS NOTES AND DOCTOR'S ORDER

Date & Time	Progress Notes	Doctor's Order
28/1/22 3:00 AM	SIB DY DEEPAN	
	Asn: Fever ↓ evaluation	
	Child reviewed child had no further fevers/pirals	
	Of: Child asleep, afebrile	
	CVS: S1, S2 @ R: VBS @ P/A: S1, S2 CNS: NFD	
	CRP - 29 ↑	
	TC - 13,230 ↑	
	To trace Blood C/S Urine C/S Wing RIF	PK - Continue IVF 40ml/kg - Jig Xone 600mg Q12H - continue as per chart To monitor vitals / GCS / sensorium
		C. [Signature] 163423

Patient Sticker

PROGRESS NOTES AND DOCTOR'S ORDER

Date & Time	Progress Notes	Doctor's Order
29/6/14 9:00 AM	SIR DR. DE FRANK	
	Acute Fever Evaluation 2 VTE	
	- Child reviewed - Child had no fever spikes	
	OLE: Child is alert, afebrile	
	CVS: S1, S2 @	
	RS: VRC @	
	PIA: Soft	
	CNS: NFN	
	V/O for 11 hrs - 1.4 ml/kg/hr	
		Pf
	To take blood during c/s	- Continue ap/chant ✓ TO monitor vitals / GCS / sedation
		Dt -> 5 X 1000 loams IV B12
		C. dm

Dr. GANESH R

(F)



Date & Time	Progress Notes	Doctor's Order
28/6/2022		No 2r hand
11A	UTI vs Enam.	
	from spring at	
	R @	
	old: mild hepatomegaly	
	Anti Gs.	
		hand
		<u>Liberson</u>
		7/12

GUC-00093205
 Baby DIYASRI
 27-01-2022
 Dr. GANESH R
 4 Y 5 M 1 D (F)
 IP18-00036235



DRUG CHART

Date of Admission: 28/6/20 Drug Allergies: Nil ☐ Not known any Drug Allergies

FOR THE SAFETY OF THE PATIENT

- GENERAL DOCTOR**
- Ensure that all patient details are entered above. ONLY A DOCTOR SHALL WRITE MEDICATION ORDERS.
 - Please use only approved abbreviations (refer to Hospital's approved list of abbreviations).
 - Use approved pharmaceutical names, BLOCK LETTERS, metric dosage. English instructions.
 - Any changes in drug therapy must be ordered by a NEW PRESCRIPTION. Do not alter existing instructions.
 - Discontinue a drug by drawing a line / through it and a similar line through subsequent recording panels.
 - The date and time of stopping the drug along with the doctors name and sign must be mentioned.
 - Only one chart should be in use at any one time. When the chart is full, a new supplement can be kept within this drug sheet folder.
- NURSES**
- Nurses must follow strictly the FIVE RIGHTS before administration of medication.
 1) Right Patient 2) Right Drug 3) Right Dosage 4) Right Route 5) Right Time
 - AVOID TAKING VERBAL ORDERS. NO VERBAL ORDERS FOR HIGH RISK/HIGH ALERT MEDICINES (EXCEPT FIRST DOSE OF EPINEPHRINE DURING CPR). Follow Hospitals's Verbal Order Policy.

SOS / PRN (As Required Medication)

DRUG : <u>Syl. P250 mg</u>				Date Time <u>28/6</u>
Dose <u>3.5ml</u>	Route <u>P/O</u>	Frequency <u>SOS</u>	Start Date <u>28/6</u>	<u>9:10 PM</u>
Doctor's Signature <u>[Signature]</u>		Valid Period	Pharm.	
Additional Instructions: <u>only if T > 100°F G6H</u>				

DRUG :				Date Time
Dose	Route	Frequency	Start Date	
Doctor's Signature		Valid Period	Pharm.	
Additional Instructions:				

DRUG :				Date Time
Dose	Route	Frequency	Start Date	
Doctor's Signature		Valid Period	Pharm.	
Additional Instructions:				

VERIFIED BY : Name _____ Signature _____

GUC-00093205

Baby DIYASRI

27-01-2022

Dr. GANESH R

IP18-00036235

4 Y 5 M 1 D

(F)



REGULAR PRESCRIPTIONS

Weight. 12.2 kg Ward.

DRUG : INT PANTOPRAZOLE

Dose	Route	Frequency	Start Date
12mg	iv	OD	28/6/26

Date
Time

28/6 29/6 30/6

Name & Signature of the Doctor
Starting the Drugs:

Additional Instructions:

Daily Doctor's Endorsement by a Sign

DRUG : J. XONE

Dose	Route	Frequency	Start Date
600mg	IV	QID	29/6

Date
Time

29/6 30/6

Name & Signature of the Doctor
Starting the Drugs:

Additional Instructions:

Daily Doctor's Endorsement by a Sign

DRUG :

Dose	Route	Frequency	Start Date
------	-------	-----------	------------

Date
TimeName & Signature of the Doctor
Starting the Drugs:

Additional Instructions:

Daily Doctor's Endorsement by a Sign

DRUG :

Dose	Route	Frequency	Start Date
------	-------	-----------	------------

Date
TimeName & Signature of the Doctor
Starting the Drugs:

Additional Instructions:

Daily Doctor's Endorsement by a Sign

Weight. Ward.

VARIABLE DOSE		Date Time								
				Nurse Sig.		Nurse Sig.		Nurse Sig.		Nurse Sig.
DRUG :			Dose		Dose		Dose		Dose	
			Dr. Sign.		Dr. Sign.		Dr. Sign.		Dr. Sign.	
Route	Start Date		Dose		Dose		Dose		Dose	
			Dr. Sign.		Dr. Sign.		Dr. Sign.		Dr. Sign.	
Name & Signature of the Doctor			Dose		Dose		Dose		Dose	
			Dr. Sign.		Dr. Sign.		Dr. Sign.		Dr. Sign.	
Additional Instructions:			Dose		Dose		Dose		Dose	
			Dr. Sign.		Dr. Sign.		Dr. Sign.		Dr. Sign.	

VARIABLE DOSE		Date Time								
				Nurse Sig.		Nurse Sig.		Nurse Sig.		Nurse Sig.
DRUG :			Dose		Dose		Dose		Dose	
			Dr. Sign.		Dr. Sign.		Dr. Sign.		Dr. Sign.	
Route	Start Date		Dose		Dose		Dose		Dose	
			Dr. Sign.		Dr. Sign.		Dr. Sign.		Dr. Sign.	
Name & Signature of the Doctor			Dose		Dose		Dose		Dose	
			Dr. Sign.		Dr. Sign.		Dr. Sign.		Dr. Sign.	
Additional Instructions:			Dose		Dose		Dose		Dose	
			Dr. Sign.		Dr. Sign.		Dr. Sign.		Dr. Sign.	

STAT / ONCE ONLY DRUGS[illegible]



PEDIATRIC ED DOCTORS ASSESSMENT (IN-PATIENTS)

Admitting Doctor: Dr. DEEPAK Date: 28/1/20
 Type of Admission: ☐ OPD ☒ ER ☐ Referral (if referral, Doctor's Name: _____)
 Start Time of Assessment: _____ Weight: 12.2 kg
 Allergic History: Nil

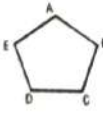
Chief Complaints: Clv. fever
abd pain

Pediatric Assessment Triangle

A Appearance - TICLS Alert
 B Breathing
☐ ↑ WOB
☐ ↓ WOB
☒ Normal
☐ Gasping / Apnea
 C Circulation
☒ Normal
☐ Abnormal
 Pallor ☐
 Cyanosis ☐
 Mottling ☐
 Bleeding ☐

Initial Physiological Status: ☒ Stable ☐ Unstable
 Life Threatening ☐
 Non Life Threatening ☐
 Any urgent interventions needed: ☐ Yes ☒ No
 If Yes _____
 Significant Past History: Nil
 Medication History: Nil
 Relevant Investigations: ⊖

Primary Assessment

Airway 
☒ Open
☐ Maintainable
☐ Not Maintainable

Any urgent interventions needed: Yes ☐ No ☒
 If Yes _____

Breathing 
 Rate: 24/min SpO₂ on FiO₂ 98% via
 Rhythm: _____
 Retractions: ☐ Suprasternal ☐ ICR ☐ SCR
 ☐ Sternal ☐ Supraclavicular ☐ Nasal Flaring
 Respiratory Noises: ☐ Stridor ☐ Wheezing ☐ Grunting
 Air Entry: BAE ⊕
 Palpation Findings (if necessary) _____

Any urgent interventions needed: Yes ☐ No ☒
 If Yes _____

