



CONSULTATION FORM

نموذج الاستشارة



Dear Doctor, for your prescription, you are kindly requested to fill the Prescription/Advice Form along with this form.
عزيزي الطبيب ، لوصفك الطبية ، نرجو منك تعبئة نموذج الوصفة مرفقا مع هذا النموذج

PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

PATIENT NAME	:	Ria Moreno Hitutuane		
اسم المريض				
DATE OF BIRTH	:	28-Jan-1997	GENDER	: Female
تاريخ الميلاد			الجنس	
CARD NBR	:	GEE4-C14C-DCD9-4DEA	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين	

CASE INFORMATION	:	☐ ACUTE	☐ CHRONIC	☐ PRE-EXISTING	☐ INJURY
نوع الحالة		حادة	مزمنة	موجودة مسبقا	إصابة

DIAGNOSIS	:	A59.01 - Trichomonal vulvovaginitis, N76.0 - Acute vaginitis		
التشخيص				
AETIOLOGY	:	Enter Aetiology		
لمسببات المرضية				
(Please indicate the exact cause in case of injuries and maternity-related cases)				
(الرجاء تحديد المسبب الدقيق في حالة الصابات و الحالات المتعلقة بالمومة)				
SYMPTOMS	:	Complaint		
العراض المرضية		PC: WHITISH DISCHARGE DURING PERIODS LEUKORRHEA POOR HYGIENE		
CLINICAL FINDINGS	:			
النتائج السريرية				
		CPT Code	Treatment	Type
		9	Consultation Gp	General Consultation
		86140	C-Reactive Protein	Lab
		85027	Blood Count Complete Automated	Lab
		96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
		0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy
		96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
		0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
REMARKS	:	Enter Remarks		
الملحظات				

TREATING PHYSICIAN	:	AHSAN HUSSAIN		
الطبيب المعالج				
HOSPITAL /CLINIC	:	CITICARE MEDICAL CENTER LLC		
المستشفى / العيادة				
CONSULTATION DETAILS	:	☐ New	☐ Follow Up	CONSULTATION FEES :
نوع الاستشارة		جديد	المتابعة	رسوم الاستشارة
				Enter CONSULTATION FEES



DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب

DATE: 07/08/2024

التاريخ

I hereby authorize any healthcare provider or Insurance Company to provide and/or give copies of medical records to NAS Personnel in relation to current or previous treatments and services rendered to myself or any of my dependents. Any copy of this consent shall be considered as the original.

أنا الموقع أدناه ، أفوض أية جهة طبية أو طبيب أو شركة تأمين بتزويد شركة ناس بأي معلومات من الملف الطبي بشأن العلاج الحالي أو السابق لي أو للأفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصلية



BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد