

**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	:	MIKEE CARABLE CARCER	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	03-Sep-1992	GENDER : Fer
تاريخ الميلاد			الجنس
CARD NBR	:	1N31-LPMM-VMVP-RVAE	PAYER : NA
رقم البطاقة			بيركة التأمين

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

DIAGNOSIS : K29.00 - Acute gastritis without bleeding, R10.13 - Epigastric pain, R19.7 - Diarrhea, unspecified, E86. Dehydration

التشخيص

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
		pc: pain in stomach
العراض المرضية		losse motion
		cramps

CLINICAL FINDINGS :	CPT Code	Treatment	Type
	9	Consultation Gp	General Consult
	96367	Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr	Co.Pay
	96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay
	86677	Antibody Helicobacter Pylori	Lab
	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
	0102-100104-1001	SODIUM CHLORIDE & DEXTROSE B.P.	Pharm:

النتائج السريرية

CPT Code	Treatment	Type
0005-242802-0781	PANTONIX 40MG I.V.	Pharm:
0005-136504-1021	SCOPINAL	Pharm:
0131-116601-1001	Metronidazole [Concentrate For Infusion - 5mg/ml - 100.00 Liquids Bottle (x1)]	Co.Pay

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 : Enter CONSULTATION FEES
نوع الاستشارة جديد المتابعة رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب

DATE: 04, التاريخ

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

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 رة منه. أية صوره عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد