



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 ، لوصفتك الطبية ، نرجو منك تعبئة نموذج الوصفة مرفقا مع هذا النموذج

PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

PATIENT NAME : PAUL J CORCUERA,
اسم المريض
DATE OF BIRTH : 15-Jun-1989 GENDER : Male
تاريخ الميلاد الجنس
CARD NBR : KEJK-8GE2-C2CI-KCDE PAYER : NAS - RN,RN+
رقم البطاقة شركة التأمين

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

DIAGNOSIS : M54.5 - Low back pain, B35.3 - Tinea pedis, N39.0 - Urinary tract infection, site not specified, G43.D0 - Abdominal migraine, not intractable, J45.20 - Mild intermittent asthma, uncomplicated

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:LOW BACK PAIN
FUNGAL INFECTION FEET
BURNING MICTURATION
MIGRAINE PREVIOUSLY KNOWN
ASTHMA KNOWN

CLINICAL FINDINGS :	CPT Code	Treatment	Type
النتائج السريرية	9	Consultation Gp	General Consultation
	81000	Urins Dip Stick/Tablet Reagnt Non-Auto Microscopy	Lab

REMARKS : Enter Remarks

الملاحظات

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 و ختم الطبيب



DATE: 13/09/2024

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 للفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. اية صورة عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

