



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 : KEANO MACAPAGAL DIZON
اسم المريض
DATE OF BIRTH : 23-Dec-1994 GENDER : Male
تاريخ الميلاد الجنس
CARD NBR : IA82-2AE2-C2CJ-ICDE PAYER : NAS - SRN WN
رقم البطاقة شركة التأمين

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

DIAGNOSIS : J45.20 - Mild intermittent asthma, uncomplicated, E78.5 - Hyperlipidemia, unspecified, K21.9 - Gastro-esophageal reflux disease without esophagitis, I10 - Essential (primary) hypertension, M54.5 - Low back pain, B00.9 - Herpesviral infection, unspecified, J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, B35.3 - Tinea pedis

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

PC: ASTHMATIC KNOWN PREVIOUSLY

HYPERLIPIDEMIC

STOMACH PAIN

HYPERTENSIVE

LOW BACK PAIN

GOUT

CAME TO REFILL MEDICATION

العراض المرضية

CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
9	Consultation Gp	General Consultation
80061	Lipid Panel	Lab
86694	Antibody Herpes Smply Non-Specific Type Test	Lab

النتائج السريرية

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 :
نوع الاستشارة		جديد المتابعة	رسوم الاستشارة
			Enter CONSULTATION FEES

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب



DATE: 17/09/2024

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. أية صورة عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

