

**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	:	JUAN MARTIN CENTENO	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	04-Feb-1999	GENDER : Ma
تاريخ الميلاد			الجنس
CARD NBR	:	81KJ-JJ12-C2CE-FCDE	PAYER : NA
رقم البطاقة			سيرة التأمين

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

DIAGNOSIS : M62.830 - Muscle spasm of back, R52 - Pain, unspecified

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**

العراض المرضية

co pain in the back 17th sep. 2024

oe

muscle strain

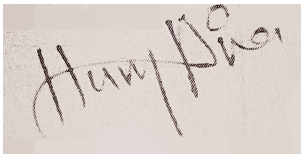
chest is clear no added sounds

restless

CLINICAL FINDINGS :**النتائج السريرية**

CPT Code	Treatment	Type
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
9	Consultation Gp	General Cons

REMARKS	:	Enter Remarks		
الملحظات				
TREATING PHYSICIAN	:	Humaira		
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			DATE: 20,
			التاريخ
توقيع وختم الطبيب			

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 صورته عن هذا التحويل تعتبر كالأصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE	
توقيع المستفيد	