

**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	:	JAMES LEWIS CLARK			
اسم المريض					
DATE OF BIRTH	:	21-Jun-1983	GENDER	:	Male
تاريخ الميلاد			الجنس		
CARD NBR	:	J1IK-G8E2-C2CJ-ICDE	PAYER	:	NAS - EN CN GN
رقم البطاقة			سيرة التأمين		

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

DIAGNOSIS : J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, T78.40XD - Allergy, unspecified, subsequent en Cough

التشخيص

AETIOLOGY :

لمسببات المرضية

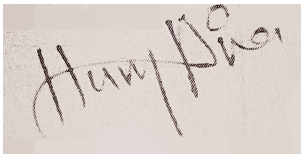
(Please indicate the exact cause in case of injuries and maternity-related cases)

(الرجاء تحديد المسبب الدقيق في حالة الصابات و الحالات المتعلقة بالمومة)

SYMPTOMS	:	Complaint
الاعراض المرضية		co breathing difficuty using inhaler ventoline inhaler he allergic from dust cough dry 17th sep. 20 oe chest is congested no added sounds restless he living arond the constructed sight he want to refill the inhaler asthma history

CLINICAL FINDINGS	:	<table><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr><tr><td>9</td><td>Consultation Gp</td><td>General Con</td></tr><tr><td>94640</td><td>Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>0188-135906-2441</td><td>PULMICORT</td><td>Pharmacy</td></tr></table>	CPT Code	Treatment	Type	9	Consultation Gp	General Con	94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay	0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy
CPT Code	Treatment	Type												
9	Consultation Gp	General Con												
94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay												
0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy												
النتائج السريرية														

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

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 صوره عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE
توقيع المستفيد

