



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 : RONALD BALILA CLEMENTE
 اسم المريض
 DATE OF BIRTH : 02-May-1981 GENDER : Male
 تاريخ الميلاد الجنس
 CARD NBR : LR3T-LRLM-VMVN-6VAE PAYER : NAS - RN,RN+
 رقم البطاقة شركة التأمين

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

DIAGNOSIS : N39.0 - Urinary tract infection, site not specified, K59.00 - Constipation, unspecified, J45.20 - Mild intermittent asthma, uncomplicated, K60.2 - Anal fissure, unspecified, G43.D0 - Abdominal migraine, not intractable

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: BURNING URINE
 CONSTIPATION
 ASTHMATIC KNOWN
 ANAL FISSURE
 MIGRAINE
 FLATULENCE

العراض المرضية

CLINICAL FINDINGS

CPT Code	Treatment	Type
9	Consultation Gp	General Consultation
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab
81007	Urinalysis Bacteriuria Scr Xcpt Culture/Dipstick	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 :

Enter CONSULTATION FEES

نوع الاستشارة

جديد

المتابعة

رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب



DATE: 09/10/2024

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

