

**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	: JEFFREY MALABORBOR LIMBO		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 16-Jan-1981	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: KGJK-8GE2-C2C1-KCDE	PAYER	: NAS - SRN W
رقم البطاقة		بيركة التأمين	

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

DIAGNOSIS : J45.20 - Mild intermittent asthma, uncomplicated, L40.9 - Psoriasis, unspecified, R73.9 - Hyperglycemia unspecified, M54.5 - Low back pain, I10 - Essential (primary) hypertension, K21.9 - Gastro-esophageal disease without esophagitis

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
	PC: ASTHMATIC KNOWN
	PSORIASIS
	HYPERGLYCEMIA
	LO BACK PAIN
	HYPERTENSIVE KNOWN
العراض المرضية	STOMACH PAIN

CLINICAL FINDINGS :	CPT Code	Treatment	Type

	CPT Code	Treatment	Type
النتائج السريرية	82947	Glucose Quantitative Blood Xcpt Reagent Strip	Lab
	9	Consultation Gp	General Consulta
	83036	Hemoglobin Glycosylated A1C	Lab
	80061	Lipid Panel	Lab
REMARKS : الملحظات	Enter Remarks		

TREATING PHYSICIAN الطبيب المعالج	: AHSAN HUSSAIN		
HOSPITAL /CLINIC المستشفى / العيادة	: CITICARE MEDICAL CENTER LLC		
CONSULTATION DETAILS نوع الاستشارة	: ☐ New جديد	☐ Follow Up المتابعة	CONSULTATION FEES : رسوم الاستشارة
			Enter CONSULTATION FEES

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب



DATE: 10,

التاريخ

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. اية صوره عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

