

**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	:	CIARRA KAYLA DELA CUEVA	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	28-Sep-1995	GENDER : Female
تاريخ الميلاد			الجنس
CARD NBR	:	EKK2-IAE2-C2CJ-JCDE	PAYER : NAS - RN,RN
رقم البطاقة			بيركة التأمين

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

DIAGNOSIS : J20.9 - Acute bronchitis, unspecified, J45.20 - Mild intermittent asthma, uncomplicated, I10 - Essential hypertension, E78.5 - Hyperlipidemia, unspecified, M54.5 - Low back pain

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
		HYPERLIPIDEMIC
العراض المرضية		HYPERTENSIVE OBESE
		COUGH
		LOW BACK PAIN

CLINICAL FINDINGS	:	<table><thead><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr></thead><tbody><tr><td>9</td><td>Consultation Gp</td><td>General Consultation</td></tr><tr><td>86140</td><td>C-Reactive Protein</td><td>Lab</td></tr><tr><td>80061</td><td>Lipid Panel</td><td>Lab</td></tr><tr><td>85025</td><td>Blood Count Complete Auto&Auto Diffrntl Wbc Count</td><td>Lab</td></tr></tbody></table>	CPT Code	Treatment	Type	9	Consultation Gp	General Consultation	86140	C-Reactive Protein	Lab	80061	Lipid Panel	Lab	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Diffrntl Wbc Count	Lab
CPT Code	Treatment	Type															
9	Consultation Gp	General Consultation															
86140	C-Reactive Protein	Lab															
80061	Lipid Panel	Lab															
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Diffrntl Wbc Count	Lab															
النتائج السريرية																	

REMARKS	:	Enter Remarks		
الملحظات				
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

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم 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. أية صوره عن هذا التحويل تعتبر كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

