

**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	:	JESUS GUARTE ESPINOSA	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	21-Jun-1981	GENDER : Male
تاريخ الميلاد			الجنس
CARD NBR	:	K2JK-8GE2-C2CG-JCDE	PAYER : NAS - SRN WN
رقم البطاقة			بيرة التأمين

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

DIAGNOSIS : J45.20 - Mild intermittent asthma, uncomplicated, M54.5 - Low back pain, E78.5 - Hyperlipidemia, un K21.9 - Gastro-esophageal reflux disease without esophagitis, K59.00 - Constipation, unspecified, I10 (primary) hypertension

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
		LOW BACK PAIN
		HYPERLIPIDEMIC
		STOMACH PAIN
		CONSTIPATION
		HYPERTENSIVE KNOWN

CLINICAL FINDINGS	:	<table><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>	CPT Code	Treatment	Type			
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 للفراد المعالين من قبلي و رة منه. اية صوره عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

