

**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	:	ELISA BALIGAD RAMIREZ		
اسم المريض				
DATE OF BIRTH	:	02-Mar-1983	GENDER	: Female
تاريخ الميلاد			الجنس	
CARD NBR	:	CG4A-I2CC-DCD9-GDEA	PAYER	: NAS - RN,RN+
رقم البطاقة			بيركة التأمين	

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

DIAGNOSIS : J30.9 - Allergic rhinitis, unspecified, J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, M62.81 - N weakness (generalized), M17.0 - Bilateral primary osteoarthritis of knee

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
العرض المرضية		PC: ALLERGIC RHINITIS FLU FEVER

CLINICAL FINDINGS :	CPT Code	Treatment	Type
	0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy
	9	Consultation Gp	General Cons
	0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy

	CPT Code	Treatment	Type
النتائج السريرية	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy
	9	Consultation Gp	General Cons
	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy
	0195-107704-0801	CEFTRIAZONE-TABUK IV	Pharmacy
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
			Enter CONSULTATION FEES

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب



DATE: 12,

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 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
رّة منه. أية صورته عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد