



## 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 : KENNETH ALCANTRA  
اسم المريض  
DATE OF BIRTH : 16-Jun-1982 GENDER : Male  
تاريخ الميلاد الجنس  
CARD NBR : 8F8F-G2E2-C2C1-8CDE PAYER : NAS - RN,RN+  
رقم البطاقة شركة التأمين

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

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

التشخيص

AETIOLOGY :

لمسببات المرضية

Enter Aetiology

(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 :

العراض المرضية

Complaint

PC: ASTHMATIC KNOWN

PSORIASIS

LOW BACK PAIN

HYPERTENSIVE KNOWN

STOMACH PAIN

CLINICAL FINDINGS :

النتائج السريرية

| CPT Code | Treatment                                     | Type                 |
|----------|-----------------------------------------------|----------------------|
| 82947    | Glucose Quantitative Blood Xcpt Reagent Strip | Lab                  |
| 9        | Consultation Gp                               | General Consultation |
| 83036    | Hemoglobin Glycosylated A1C                   | Lab                  |
| 80061    | Lipid Panel                                   | Lab                  |

REMARKS :

الملاحظات

Enter Remarks

TREATING PHYSICIAN : AHSAN HUSSAIN

الطبيب المعالج

HOSPITAL /CLINIC : CITICARE MEDICAL CENTER LLC

المستشفى / العيادة

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:** 15/10/2024

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. أية صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصليه

**BENEFICIARY'S SIGNATURE**

توقيع المستفيد

