



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	:	SHERYL ARMINLIA DE VILLA			
اسم المريض					
DATE OF BIRTH	:	21-Jul-1985	GENDER	:	Female
تاريخ الميلاد			الجنس		
CARD NBR	:	I008-004-117053616-01	PAYER	:	NAS VN
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, M54.5 - Low back pain, E78.5 - Hyperlipidemia, unspecified, K21.9 - Gastro-esophageal reflux disease without esophagitis, K59.00 - Constipation, unspecified, I10 - Essential (primary) hypertension														
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														
العراض المرضية		PC: asthmatic known low back pain hyperlipidemic stomach pain constipation hypertensive known came to refill medication														
CLINICAL FINDINGS	:	<table><thead><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr></thead><tbody><tr><td>80061</td><td>Lipid Panel</td><td>Lab</td></tr><tr><td>85025</td><td>Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count</td><td>Lab</td></tr><tr><td>9</td><td>Consultation Gp</td><td>General Consultation</td></tr></tbody></table>			CPT Code	Treatment	Type	80061	Lipid Panel	Lab	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab	9	Consultation Gp	General Consultation
CPT Code	Treatment	Type														
80061	Lipid Panel	Lab														
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab														
9	Consultation Gp	General Consultation														
النتائج السريرية																
REMARKS	:	Enter Remarks														
الملاحظات																

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



DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب

DATE: 22/10/2024

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 للأفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصلية



BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد