



CONSULTATION FORM

نموذج الإستشارة



Dear Doctor, for your prescription, you are kindly requested to fill the Prescription/Advice Form along with this form.

عزيزي الطبيب ، لوصفتك الطبية ، نرجو منك تعبئة نموذج الوصفة مرفقا مع هذا النموذج

PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

PATIENT NAME	: JAMES PATRIC CORCUERA CASINSINAN		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 19-Jul-1986	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: JIIK-8GE2-C2CF-JCDE	PAYER	: NAS - SRN WN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

CASE INFORMATION : ☐ ACUTE ☐ CHRONIC ☐ PRE-EXISTING ☐ INJURY

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS	: J20.9 - Acute bronchitis, unspecified, K21.9 - Gastro-esophageal reflux disease without esophagitis, J45.20 - Mild intermittent asthma, uncomplicated, B35.3 - Tinea pedis, 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														
العراض المرضية	PC: COUGH STOMACH PAIN ASTHMATIC KNOWN FUNGAL INFECTION LOW BACK PAIN														
CLINICAL FINDINGS	:														
النتائج السريرية	<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>85025</td> <td>Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count</td> <td>Lab</td> </tr> </tbody> </table>			CPT Code	Treatment	Type	9	Consultation Gp	General Consultation	86140	C-Reactive Protein	Lab	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab
CPT Code	Treatment	Type													
9	Consultation Gp	General Consultation													
86140	C-Reactive Protein	Lab													
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab													
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

نوع الاستشارة

جديد

المتابعة

رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب



DATE: 25/10/2024

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 صورة عن هذا التحويل تعتبر كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

