

**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	:	JASMIN HOLLY BORLOS	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	26-Apr-1999	GENDER : Female
تاريخ الميلاد			الجنس
CARD NBR	:	IJFJ-EJE2-C2CK-JCDE	PAYER : NAS - EN CN GN
رقم البطاقة			شركة التأمين

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

DIAGNOSIS	:	J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified, R05 - Cough
التشخيص		
AETIOLOGY	:	Enter Aetiology
لمسببات المرضية		

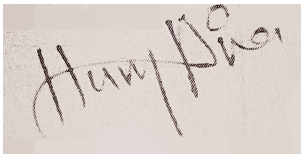
(Please indicate the exact cause in case of injuries and maternity-related cases)

(الرجاء تحديد المسبب الدقيق في حالة الصابات و الحالات المتعلقة بالمومة)

SYMPTOMS	:	Complaint
الاعراض المرضية		CO fever on and off dry cough throat pain 14 th oct 2024 oe chest is congested no added sounds restless

CLINICAL FINDINGS	:	<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 Coi</td></tr><tr><td>94640</td><td>Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>0006-402803-2071</td><td>VENTOLIN NEBULES</td><td>Pharmacy</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 Coi	94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay	0006-402803-2071	VENTOLIN NEBULES	Pharmacy	86140	C-Reactive Protein	Lab	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab
CPT Code	Treatment	Type																		
9	Consultation Gp	General Coi																		
94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay																		
0006-402803-2071	VENTOLIN NEBULES	Pharmacy																		
86140	C-Reactive Protein	Lab																		
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab																		
النتائج السريرية																				

REMARKS	:	Enter Remarks		
الملحظات				
TREATING PHYSICIAN	:	Humaira		
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			DATE: 27,
توقيع وختم الطبيب			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 للأفراد المعالين من قبلي و
رة منه. أية صوره عن هذا التخويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE	
توقيع المستفيد	