

**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	: JASTINE KENN LEGASPI MANGUIAT		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 22-Nov-1997	GENDER	: Female
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: GAJE-KJ12-C2C1-8CDE	PAYER	: NAS - EN CN
رقم البطاقة		بيركة التأمين	

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

DIAGNOSIS	: K29.00 - Acute gastritis without bleeding, R10.13 - Epigastric 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
	co Imp 18th oct 2024
	abdominal cramps heart burn epigastric pain
العراض المرضية	1st nov. 2024
	oe chest ois clear no added sounds
	restless

CLINICAL FINDINGS	:	<table><thead><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr></thead><tbody><tr><td>96361</td><td>Iv Infusion Hydration Each Additional Hour</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>96374</td><td>Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbst/Drug</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>9</td><td>Consultation Gp</td><td>General Cons</td></tr><tr><td>96372</td><td>Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>0005-136504-1021</td><td>SCOPINAL</td><td>Pharmacy</td></tr></tbody></table>	CPT Code	Treatment	Type	96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay	96374	Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbst/Drug	Co.Pay	9	Consultation Gp	General Cons	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	0005-136504-1021	SCOPINAL	Pharmacy
CPT Code	Treatment	Type																		
96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay																		
96374	Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbst/Drug	Co.Pay																		
9	Consultation Gp	General Cons																		
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																		
0005-136504-1021	SCOPINAL	Pharmacy																		
النتائج السريرية																				

CPT Code	Treatment	Type
0102-100104-1001	SODIUM CHLORIDE & DEXTROSE B.P.	Pharmacy
0005-242802-0781	PANTONIX 40MG I.V.	Pharmacy
86677	Antibody Helicobacter Pylori	Lab

REMARKS : Enter Remarks

الملحظات

TREATING PHYSICIAN : Humaira

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: 06,

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 للفراد المعالين من قبلي و رة منه. أية صوره عن هذا التحويل تعتبر كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد