



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	: VALENTINA BARBON RODRIGUEZ		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 29-Dec-1999	GENDER	: Female
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: G1KI-GAE2-C2C8-ECDE	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة		شركة 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, K21.9 - Gastro-esophageal reflux disease without esophagitis, R50.9 - Fever, unspecified, R11.2 - Nausea with vomiting, unspecified

التشخيص

AETIOLOGY	: Enter Aetiology
لأسباب 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
العرض المرضية	PC: DIARRHEA FREQUENCY 5 TIMES SINCE MORNING 23/11/2024 VOMITING NAUSEA FEVER DEHYDRATION

CLINICAL FINDINGS	: <table> <tr> <th>CPT Code</th> <th>Treatment</th> <th>Type</th> </tr> <tr> <td>96367</td> <td>Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr</td> <td>Co.Pay</td> </tr> <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 Difrntrl Wbc Count</td> <td>Lab</td> </tr> <tr> <td>0005-136504-1021</td> <td>SCOPINAL</td> <td>Pharmacy</td> </tr> <tr> <td>96372</td> <td>Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im</td> <td>Co.Pay</td> </tr> <tr> <td>96365</td> <td>Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr</td> <td>Co.Pay</td> </tr> <tr> <td>0005-174202-0781</td> <td>RISEK 40MG</td> <td>Pharmacy</td> </tr> <tr> <td>0005-150403-1021</td> <td>Metoclopramide [Solution For Injection - 5mg/ml - 2.00 Liquids Vial (x5)]</td> <td>Pharmacy</td> </tr> </table>	CPT Code	Treatment	Type	96367	Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr	Co.Pay	9	Consultation Gp	General Consultation	86140	C-Reactive Protein	Lab	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntrl Wbc Count	Lab	0005-136504-1021	SCOPINAL	Pharmacy	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay	0005-174202-0781	RISEK 40MG	Pharmacy	0005-150403-1021	Metoclopramide [Solution For Injection - 5mg/ml - 2.00 Liquids Vial (x5)]	Pharmacy
CPT Code	Treatment	Type																													
96367	Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr	Co.Pay																													
9	Consultation Gp	General Consultation																													
86140	C-Reactive Protein	Lab																													
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntrl Wbc Count	Lab																													
0005-136504-1021	SCOPINAL	Pharmacy																													
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																													
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay																													
0005-174202-0781	RISEK 40MG	Pharmacy																													
0005-150403-1021	Metoclopramide [Solution For Injection - 5mg/ml - 2.00 Liquids Vial (x5)]	Pharmacy																													
النتائج السريرية																															

CPT Code	Treatment	Type
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
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 FEE
نوع الاستشارة :	جديد	المتابعة	رسوم الاستشارة



DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب

DATE: 23/11/2024

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 صورة عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

