



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	:	ANDRES FELIPE GONZALEZ	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	08-Oct-1996	GENDER : Male
تاريخ الميلاد			الجنس
CARD NBR	:	GAIE-2C4C-DCD4-4DEA	PAYER : NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين

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

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS	:	R53.83 - Other fatigue, R05 - Cough, E86.0 - Dehydration, J00 - Acute nasopharyngitis [common cold], J30.9 - Allergic rhinitis, unspecified, J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified												
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 he doesnot feel like eating because of dryness and sore throat pt looks dehydrated pt comes with runny nose, cough and sore throat and extremly tiredness. since last night. pt feels cold. on exam chest congesion, ans inflammed throat.												
العراض المرضية														
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 Consultation</td> </tr> <tr> <td>0102-100104-1001</td> <td>SODIUM CHLORIDE & DEXTROSE B.P.</td> <td>Pharmacy</td> </tr> <tr> <td>96360</td> <td>Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour</td> <td>Co.Pay</td> </tr> </tbody> </table>	CPT Code	Treatment	Type	9	Consultation Gp	General Consultation	0102-100104-1001	SODIUM CHLORIDE & DEXTROSE B.P.	Pharmacy	96360	Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pay
CPT Code	Treatment	Type												
9	Consultation Gp	General Consultation												
0102-100104-1001	SODIUM CHLORIDE & DEXTROSE B.P.	Pharmacy												
96360	Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pay												
النتائج السريرية														
REMARKS	:	Enter Remarks												
الملاحظات														

TREATING PHYSICIAN	:	SANDIA	
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 و ختم الطبيب

DATE: 23/12/2024

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 صورته عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

