



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	:	SHIVA SHRESTHA		
اسم المريض				
DATE OF BIRTH	:	08-Jun-2000	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد			الجنس	
CARD NBR	:	55NL-3NMM-VMVN-TVAE	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين	

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

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS	:	R50.9 - Fever, unspecified, E86.0 - Dehydration, M79.10 - Myalgia, unspecified site, R07.0 - Pain in throat, J30.9 - Allergic rhinitis, 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 pt complains of pain in throat, difficulty on swallowing. fever last night. cough and runny nose since last night. pt feels very ill and dehydrated. on exam chest is clear but throat is inflammed																								
العرض المرضية																										
CLINICAL FINDINGS	:	<table><thead><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr></thead><tbody><tr><td>96372</td><td>Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>96361</td><td>Iv Infusion Hydration Each Additional Hour</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>0005-149902-1021</td><td>CLOFEN</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0102-100104-1001</td><td>SODIUM CHLORIDE & DEXTROSE B.P.</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>96365</td><td>Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>0195-107704-0801</td><td>CEFTRIAXONE-TABUK IV</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>9</td><td>Consultation Gp</td><td>General Consultation</td></tr></tbody></table>	CPT Code	Treatment	Type	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy	0102-100104-1001	SODIUM CHLORIDE & DEXTROSE B.P.	Pharmacy	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay	0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy	9	Consultation Gp	General Consultation
CPT Code	Treatment	Type																								
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																								
96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay																								
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy																								
0102-100104-1001	SODIUM CHLORIDE & DEXTROSE B.P.	Pharmacy																								
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay																								
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy																								
9	Consultation Gp	General Consultation																								
النتائج السريرية																										
REMARKS	:	Enter Remarks																								
الملحظات																										

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 كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

