



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 : VICTOR DAVID PARADA MUNOZ

اسم المريض

DATE OF BIRTH : 07-Dec-1995

تاريخ الميلاد

CARD NBR : CRAI-4RCC-DCD2-9DEA

رقم البطاقة

GENDER : Male

الجنس

PAYER : NAS VN

شركة التأمين

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

نوع الحالة : ☐ حادة ☐ مزمنة ☐ موجودة مسبقا ☐ إصابة

DIAGNOSIS : J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, J03.90 - Acute tonsillitis, unspecified, K29.00 - Acute gastritis without bleeding, R50.9 - Fever, unspecified, R19.7 - Diarrhea, unspecified

التشخيص

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 :

العراض المرضية

PC: Pain in throat, generalized body pain, flu symptoms, sneezing and coughing.

Duration: 3 days (22/12/2024).

Also has diarrhea.

He is not a known hypertensive and not diabetic.

But bP today is noted to be elevated.

Father and mother are hypertensive.

CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
9	Consultation Gp	General Consultation
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy
0005-136504-1021	SCOPINAL	Pharmacy
96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay

النتائج السريرية

CPT Code	Treatment	Type
0005-174202-0781	RISEK 40MG	Pharmacy
0105-107304-0004	CEFTIBIAXONE TABLETS	Pharmacy

REMARKS : Enter Remarks

الملاحظات :

TREATING PHYSICIAN : Enomen Goodluck

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



Dr. Enomen Goodluck Ekata
General Practitioner
DHA No: 28040827-001
CITICARE MEDICAL CENTER LLC
DUBAI - U.A.E.

DATE: 25/12/2024

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 للأفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورة عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

