



## 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               | GENDER : Male  |
| تاريخ الميلاد |   |                           | الجنس          |
| CARD NBR      | : | CRAI-4RCC-DCD2-9DEA       | PAYER : NAS VN |
| رقم البطاقة   |   |                           | شركة التأمين   |

|                  |   |                                |                                  |                                       |                                 |
|------------------|---|--------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| CASE INFORMATION | : | <input type="checkbox"/> ACUTE | <input type="checkbox"/> CHRONIC | <input type="checkbox"/> PRE-EXISTING | <input type="checkbox"/> 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, A09 - Infectious gastroenteritis and colitis, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified, R19.7 - Diarrhea, unspecified

التشخيص

|                 |   |                                              |
|-----------------|---|----------------------------------------------|
| AETIOLOGY       | : | <input type="text" value="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       | : | <b>Complaint</b>                                                                |
|                |   | PC: Pain in throat, generalized body pain, flu symptoms, sneezing and coughing. |
|                |   | Duration: 3 days (22/12/2024).                                                  |
|                |   | Also has diarrhea.                                                              |
| العراض المرضية |   | 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               |
|                     | 0005-174202-0781 | RISEK 40MG                                      | Pharmacy             |
|                     | 0195-107704-0801 | CEFTRIAXONE-TABUK IV                            | Pharmacy             |
|                     | 96365            | Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr | Co.Pay               |
|                     |                  |                                                 |                      |

النتائج السريرية

|          |   |               |
|----------|---|---------------|
| REMARKS  | : | Enter Remarks |
| الملحظات | : |               |

|                      |   |                                                           |
|----------------------|---|-----------------------------------------------------------|
| TREATING PHYSICIAN   | : | Enomen Goodluck                                           |
| الطبيب المعالج       | : |                                                           |
| HOSPITAL /CLINIC     | : | CITICARE MEDICAL CENTER LLC                               |
| المستشفى / العيادة   | : |                                                           |
| CONSULTATION DETAILS | : | <input type="radio"/> New <input type="radio"/> Follow Up |
| نوع الاستشارة        | : | جديد المتابعة                                             |
| CONSULTATION FEES :  | : | Enter CONSULTATION FEES                                   |
|                      | : | رسوم الاستشارة                                            |

|                              |                                                                                   |                                                                                                                                           |                  |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP |  | <div>Dr. Enomen Goodluck Ekata<br/>General Practitioner<br/>DHA No: 28040827-001<br/>CITICARE MEDICAL CENTER LLC<br/>DUBAI - U.A.E.</div> | DATE: 25/12/2024 |
| توقيع وختم الطبيب            |                                                                                   |                                                                                                                                           | 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 كالصليه

|                         |                                                                                    |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| BENEFICIARY'S SIGNATURE |  |
| توقيع المستفيد          |                                                                                    |