

**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	: VINOD KUMAR GOPALKRISHNAN PARAMASIVAN PANIKAR	
اسم المريض		
DATE OF BIRTH	: 11-May-1973	GENDER : Male
تاريخ الميلاد		الجنس
CARD NBR	: JG12-AAF2-C2CG-ECDE	PAYER : NAS VN
رقم البطاقة		شركة التأمين

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

نوع الحالة حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : J02.9 - Acute pharyngitis, unspecified, J45.991 - Cough variant asthma, R50.9 - Fever, unspecified, K29.00 - Acute gastritis without bleeding

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

pc : sorethroat , cpogh with yellow sputum

bodyache,

fever 3 days

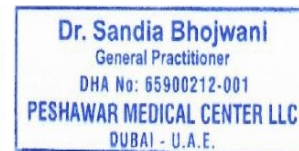
العراض المرضية	Complaint		
	o/e pharyx hyperemia chest congested		
CLINICAL FINDINGS :			
النتائج السريرية	CPT Code	Treatment	Type
	86140	C-Reactive Protein	Lab
	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrentl Wbc Count	Lab
	96374	Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbst/Drug	Co.Pay
	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
	0005-125402-2071	Atropulm [Solution For Nebulization - 250mcg/ml - 20.00 Liquids Bottle (x1)]	Pharmacy
	9	Consultation Gp	General Consultation
	94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay
	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
	0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
REMARKS :	<i>Enter Remarks</i>		
الملاحظات			

TREATING PHYSICIAN	:	SANDIA
الطبيب المعالج		
HOSPITAL /CLINIC	:	CITICARE MEDICAL CENTER LLC
المستشفى / العيادة		
CONSULTATION DETAILS	:	☐ New ☐ Follow Up
CONSULTATION FEES :		<i>Enter CONSULTATION FEES</i>

نوع الاستشارة	جديد	المتابعة	رسوم الاستشارة
---------------	------	----------	----------------

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب

**DATE: 19/01/2025**

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 صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

