

**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	:	THEA SABAH ISSA	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	21-Jun-2000	GENDER : Female
تاريخ الميلاد			الجنس
CARD NBR	:	EJ2I-28E2-C2CF-2CDE	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, R05 - Cough, R50.9 - Fever, 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)

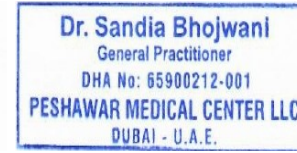
SYMPTOMS : Complaint

pc : sore throat , bodyache , fever , blocked nose 3 days

no known allergies to meds

العراض المرضية	Complaint		
	o/e : hypereia of phsrynx chest congseted		
CLINICAL FINDINGS :			
	CPT Code	Treatment	Type
	9	Consultation Gp	General Consultation
	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
	0005-125402-2071	Atropulm [Solution For Nebulization - 250mcg/ml - 20.00 Liquids Bottle (x1)]	Pharmacy
	94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay
	0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
	86140	C-Reactive Protein	Lab
النتائج السريرية			
REMARKS :	Enter Remarks		
الملحظات			

TREATING PHYSICIAN	: SANDIA
الطبيب المعالج	
HOSPITAL /CLINIC	: CITICARE MEDICAL CENTER LLC
المستشفى / العيادة	
CONSULTATION DETAILS	: ☐ New ☐ Follow Up
نوع الاستشارة	جديد المتابعة
CONSULTATION FEES :	رسوم الاستشارة
	Enter CONSULTATION FEES

**DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP**

توقيع وختم 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 صورة عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

