



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 : DIVIN JOSE JOSE JACOB
 اسم المريض
 DATE OF BIRTH : 08-Jan-2000 GENDER : Male
 تاريخ الميلاد الجنس
 CARD NBR : D4D3-723F-EFD5-7FAD PAYER : NAS VN
 رقم البطاقة شركة التأمين

CASE INFORMATION : ☐ ACUTE ☐ CHRONIC ☐ PRE-EXISTING ☐ INJURY
 نوع الحالة حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : M54.5 - Low back pain, S73.192S - Other sprain of left hip, sequela

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 والحالات المتعلقة بالمومة)

SYMPTOMS : Complaint

العراض المرضية

pc : lower back pain for 3 days

no other med conditions

CLINICAL FINDINGS : CPT Code Treatment Type

النتائج السريرية

9	Consultation Gp	General Consultation
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
0015-149902-1021	Diclo [Solution For Injection - 75mg/3ml - 3.00 Liquids Ampoule (x5)]	Pharmacy

REMARKS : Enter Remarks

الملاحظات

TREATING PHYSICIAN : SANDIA

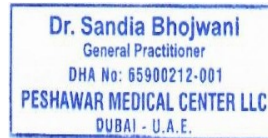
الطبيب المعالج

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: 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

