



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 : GABIRELA PAOLA ALVARADO PINEROS
اسم المريض
DATE OF BIRTH : 16-May-1993
تاريخ الميلاد
CARD NBR : IKJF-JJE2-C2CI-ECDE
رقم البطاقة
GENDER : Female
الجنس
PAYER : NAS VN
شركة التأمين

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

DIAGNOSIS : K29.00 - Acute gastritis without bleeding, R14.0 - Abdominal distension (gaseous), R50.9 - Fever, unspecified, R19.12 - Hyperactive bowel sounds
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
الاعراض المرضية
pc : pain lower abd , stool irregular , flatus not passed , bloating for 5 days
bp is elevated
no other med conditions
abd : tense , non tender

CLINICAL FINDINGS :
النتائج السريرية

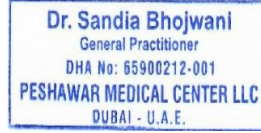
CPT Code	Treatment	Type
96374	Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbst/Drug	Co.Pay
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
9	Consultation Gp	General Consultation
80053	Comprehensive Metabolic Panel	Lab
96360	Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pay
0384-207801-1002	LACTATED RINGER'S & DEXTROSE USP	Pharmacy
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntrl Wbc Count	Lab

REMARKS : Enter Remarks
الملاحظات

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

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب

DATE: 20/01/2025

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 للفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورة عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

