



CONSULTATION FORM

نموذج الإستشارة



Dear Doctor, for your prescription, you are kindly requested to fill the Prescription/Advice Form along with this form.

عزيزي الطبيب ، لوصفتك 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	GENDER	: Female
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: IKJF-JJE2-C2CI-ECDE	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة		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															
العراض المرضية	pc : fever low grade associated with pain lower abd , stool irregular , flatus not passed , bloating for 5 days bp is elevated allergic to antibiotic name not known o/e look pale and lethargic abd : tense , non tender															
CLINICAL FINDINGS	: <table> <thead> <tr> <th>CPT Code</th> <th>Treatment</th> <th>Type</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>96374</td> <td>Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbst/Drug</td> <td>Co.Pay</td> </tr> <tr> <td>2190-106618-1001</td> <td>PARAFUSIV I.V. 10MG/ML</td> <td>Pharmacy</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>Consultation Gp</td> <td>General Consultation</td> </tr> <tr> <td>80053</td> <td>Comprehensive Metabolic Panel</td> <td>Lab</td> </tr> </tbody> </table>	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
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														
النتائج السريرية																

CPT Code	Treatment	Type
96360	Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pay
0384-207801-1002	LACTATED RINGER'S & DEXTROSE USP	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 وختم 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 للأفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورة عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

