



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

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)												
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												
العرض المرضية		pc : follow up to discuss reports												
		conditions is improving												
CLINICAL FINDINGS	:	<table> <thead> <tr> <th>CPT Code</th> <th>Treatment</th> <th>Type</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>9</td> <td>Consultation Gp</td> <td>General Consultation</td> </tr> <tr> <td>0384-207801-1002</td> <td>LACTATED RINGER'S & DEXTROSE USP</td> <td>Pharmacy</td> </tr> <tr> <td>96360</td> <td>Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour</td> <td>Co.Pay</td> </tr> </tbody> </table>	CPT Code	Treatment	Type	9	Consultation Gp	General Consultation	0384-207801-1002	LACTATED RINGER'S & DEXTROSE USP	Pharmacy	96360	Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pay
CPT Code	Treatment	Type												
9	Consultation Gp	General Consultation												
0384-207801-1002	LACTATED RINGER'S & DEXTROSE USP	Pharmacy												
96360	Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pay												
النتائج السريرية														
REMARKS	:	Enter Remarks												
الملحظات														

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

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب

Dr. Amaizah Ishtiaq
General Practitioner
DHA: 98486553-001
CITICARE MEDICAL CENTER
DUBAI - U.A.E

DATE: 22/01/2025

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

