



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 : TARAKA DHANANJAYA PERERA MAPITIGAMAGE
اسم المريض
DATE OF BIRTH : 08-Sep-1996
تاريخ الميلاد
CARD NBR : 1IRG-4A4C-DCD4-1DEA
رقم البطاقة
GENDER : Male
الجنس
PAYER : NAS VN
شركة التأمين

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

DIAGNOSIS : R19.7 - Diarrhea, unspecified, E86.0 - Dehydration, A05.9 - Bacterial foodborne intoxication, unspecified, R53.83 - Other fatigue

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 : watery diarrhea since last ight
had instant noodles in the morning
abdomen cramps and gas
on exam looks dehydrated
weakness and fatigue
sore throat since morning
pt is a waiter. had food from cafeteria

CLINICAL FINDINGS :

النتائج السريرية

CPT Code	Treatment	Type
96360	Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pay
96374	Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbdt/Drug	Co.Pay
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
0102-100104-1001	SODIUM CHLORIDE & DEXTROSE B.P.	Pharmacy
H21-4013-04295-01	PANTONIX	Pharmacy
F13-3258-03783-01	METRONIDAZOLE	Pharmacy
9	Consultation Gp	General Consultation

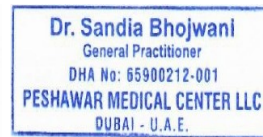
REMARKS : Enter Remarks

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 FEES

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب



DATE: 02/02/2025

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 كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

