



## 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 ، لوصفتك الطبية ، نرجو منك تعبئة نموذج الوصفة مرفقا مع هذا النموذج

### PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

|               |                            |              |                |
|---------------|----------------------------|--------------|----------------|
| PATIENT NAME  | : LUIS CARMELO MANERO SANZ |              |                |
| اسم المريض    |                            |              |                |
| DATE OF BIRTH | : 22-Sep-1978              | GENDER       | : Male         |
| تاريخ الميلاد |                            | الجنس        |                |
| CARD NBR      | : I018-004-118550217-01    | PAYER        | : NAS - SRN WN |
| رقم البطاقة   |                            | شركة التأمين |                |

CASE INFORMATION : ☐ ACUTE ☐ CHRONIC ☐ PRE-EXISTING ☐ INJURY

نوع الحالة

حادثة

مزمنة

موجودة مسبقا

إصابة

DIAGNOSIS : J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, J30.9 - Allergic rhinitis, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified

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

C/O:  
sore throat - 4 days  
cough  
fever  
fatigue  
swimming teacher by profession  
on exam:  
throat: hyperemic and congested  
systemic exam:unremarkable

|                     |          |                 |                      |
|---------------------|----------|-----------------|----------------------|
| CLINICAL FINDINGS : | CPT Code | Treatment       | Type                 |
| النتائج السريرية    | 9        | Consultation Gp | General Consultation |

REMARKS : Enter Remarks

الملحظات

TREATING PHYSICIAN : Dr Bushra

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



Dr. Bushra Mufti  
General practitioner  
DHA: 75646242-001  
CITICARE MEDICAL CENTER  
DUBAI - U.A.E

DATE: 08/02/2025

**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 صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

**BENEFICIARY'S SIGNATURE**

توقيع المستفيد

