



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	:	latha tippana varaprasad			
اسم المريض					
DATE OF BIRTH	:	28-Aug-1988	GENDER	:	Female
تاريخ الميلاد			الجنس		
CARD NBR	:	1AKJ-JJ12-C2CG-ICDE	PAYER	:	NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين		

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

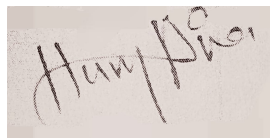
DIAGNOSIS	:	A05.9 - Bacterial foodborne intoxication, unspecified, R10.9 - Unspecified abdominal pain, R11.2 - Nausea with vomiting, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified, R52 - Pain, unspecified		
التشخيص				
AETIOLOGY	:	Enter Aetiology		
لمسببات المرضية				
(Please indicate the exact cause in case of injuries and maternity-related cases)				
(الرجاء تحديد المسبب الدقيق في حالة الصابات و الحالات المتعلقة بالمومة)				
SYMPTOMS	:	Complaint		
العراض المرضية		patient came with the complain of fever watery diarrhea along with nausea and vomiling patient is dehydrated		
CLINICAL FINDINGS	:			
النتائج السريرية				
		CPT Code	Treatment	Type
		96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay
		96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
		9	Consultation Gp	General Consultation
		96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
		0005-150403-1021	PREMOSAN	Pharmacy
		2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
		0005-174202-0781	RISEK 40MG	Pharmacy
		0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
		0102-152902-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy
		96367	Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr	Co.Pay
		F13-3258-03783-01	METRONIDAZOLE	Pharmacy
REMARKS	:	Enter Remarks		
الملحظات				

TREATING PHYSICIAN	:	Humaira
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 و ختم الطبيب



DATE: 16/02/2025

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 كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

