



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	: AARON JAMES PASTRANA DAVID		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 03-Sep-1993	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: 8E11-8AF2-C2CE-KCDE	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

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

DIAGNOSIS	: J03.90 - Acute tonsillitis, unspecified, R05 - Cough, R06.2 - Wheezing, R50.9 - Fever, unspecified, J45.991 - Cough variant asthma																																				
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																																				
الاعراض المرضية	PC : SORE THROAT , BODYPAIN , HEADACHE , NASAL CONGESTION AND COUGH STARTED 30/03/25 KNOWN ASTHMATIC O/E :LOOK PALE , LETHARGIC , TONSILLS ARE SWOLLEN , RED WITH PUS POINTS HYPEREMIC PHARYNX WHEEZING																																				
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>96374</td><td>Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbst/Drug</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>96372</td><td>Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>0005-149902-1021</td><td>CLOFEN</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>86140</td><td>C-Reactive Protein</td><td>Lab</td></tr><tr><td>85025</td><td>Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count</td><td>Lab</td></tr><tr><td>0188-135906-2441</td><td>PULMICORT</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>94640</td><td>Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment</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>0005-111805-1021</td><td>CHLOROHISTOL 10MG</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0195-107704-0802</td><td>CEFTRIAXONE-TABUK IM</td><td>Pharmacy</td></tr></tbody></table>	CPT Code	Treatment	Type	9	Consultation Gp	General Consultation	96374	Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbst/Drug	Co.Pay	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy	86140	C-Reactive Protein	Lab	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab	0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy	94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy	0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy	0195-107704-0802	CEFTRIAXONE-TABUK IM	Pharmacy
CPT Code	Treatment	Type																																			
9	Consultation Gp	General Consultation																																			
96374	Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbst/Drug	Co.Pay																																			
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																																			
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy																																			
86140	C-Reactive Protein	Lab																																			
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab																																			
0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy																																			
94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay																																			
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy																																			
0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy																																			
0195-107704-0802	CEFTRIAXONE-TABUK IM	Pharmacy																																			
النتائج السريرية																																					
REMARKS	: Enter Remarks																																				
الملاحظات																																					

TREATING PHYSICIAN	: DR Amaizah		
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

Amaizah

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

DATE: 02/04/2025

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

