



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	:	MIRALUMA JARON PEPITO			
اسم المريض	:				
DATE OF BIRTH	:	30-Sep-1979	GENDER	:	Female
تاريخ الميلاد	:		الجنس	:	
CARD NBR	:	22HE-N33F-LFL3-MLED	PAYER	:	NAS VN
رقم البطاقة	:		شركة التأمين	:	

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

DIAGNOSIS	:	J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified, R07.9 - Chest pain, unspecified, M54.5 - Low back pain, R03.0 - Elevated blood-pressure reading, w/o diagnosis of htn, R05 - Cough, J02.9 - Acute pharyngitis, 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 والحالات المتعلقة بالمومة)																													
SYMPTOMS	:	<table><tr><td>Complaint</td></tr><tr><td>PC : BLURRY VISION , NUMBNESS IN WHOLE BODY , LEFT SIDED SHOULDER AND ARM PAIN FOR MANY DAYS SORETHROTA , COUGH AND LOW GRADE FEVER STRATED 01/05/25 FAMILY HX OF HYPERTENSION O/E : HIGH BP 180 LOOK IRRITABLE DUE TO PAIN IN LEFT SHPOULDER HYPEREMIC PHARYNX CHEST CONGESTED</td></tr></table>	Complaint	PC : BLURRY VISION , NUMBNESS IN WHOLE BODY , LEFT SIDED SHOULDER AND ARM PAIN FOR MANY DAYS SORETHROTA , COUGH AND LOW GRADE FEVER STRATED 01/05/25 FAMILY HX OF HYPERTENSION O/E : HIGH BP 180 LOOK IRRITABLE DUE TO PAIN IN LEFT SHPOULDER HYPEREMIC PHARYNX CHEST CONGESTED																									
Complaint																													
PC : BLURRY VISION , NUMBNESS IN WHOLE BODY , LEFT SIDED SHOULDER AND ARM PAIN FOR MANY DAYS SORETHROTA , COUGH AND LOW GRADE FEVER STRATED 01/05/25 FAMILY HX OF HYPERTENSION O/E : HIGH BP 180 LOOK IRRITABLE DUE TO PAIN IN LEFT SHPOULDER HYPEREMIC PHARYNX CHEST CONGESTED																													
العرض المرضية	:																												
CLINICAL FINDINGS	:	<table><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr><tr><td>9</td><td>Consultation Gp</td><td>General Consultation</td></tr><tr><td>96365</td><td>Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>93000</td><td>Ecg Routine Ecg W/Least 12 Lds W/I&R</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>0005-111805-1021</td><td>CHLOROHISTOL 10MG</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0125-122107-1022</td><td>DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0195-107704-0801</td><td>CEFTRIAXONE-TABUK IV</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0005-149902-1021</td><td>CLOFEN</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>96372</td><td>Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im</td><td>Co.Pay</td></tr></table>	CPT Code	Treatment	Type	9	Consultation Gp	General Consultation	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay	93000	Ecg Routine Ecg W/Least 12 Lds W/I&R	Co.Pay	0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy	0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
CPT Code	Treatment	Type																											
9	Consultation Gp	General Consultation																											
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay																											
93000	Ecg Routine Ecg W/Least 12 Lds W/I&R	Co.Pay																											
0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy																											
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy																											
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy																											
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy																											
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	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	CONSULTATION FEES :	Enter CONSULTATION FEES
نوع الاستشارة	:	جديد المتابعة	رسوم الاستشارة	

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب

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

DATE: 02/05/2025

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 للفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورة عن هذا التفويض تعتبر كالمصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد