



## CONSULTATION FORM

نموذج الإستشارة



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  | : | KAREN ARANDELA LORENZO |                 |
| اسم المريض    |   |                        |                 |
| DATE OF BIRTH | : | 01-Dec-1979            | GENDER : Female |
| تاريخ الميلاد |   |                        | الجنس           |
| CARD NBR      | : | 2EM6-EJ3F-LFL6-MLED    | PAYER : NAS VN  |
| رقم البطاقة   |   |                        | شركة التأمين    |

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

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : R03.0 - Elevated blood-pressure reading, w/o diagnosis of htn, G44.201 - Tension-type headache, unspecified, intractable, E78.2 - Mixed hyperlipidemia

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

PC : HEADCHE , DISCOMFORT AND DIZINESS

HEADCHE . PAIN IN ARM ,,,,

العراض المرضية

O/E : LOOK PALE AND IRRITABLE

CLINICAL FINDINGS :

| CPT Code         | Treatment                                                                  | Type                 |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| 96374            | Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Subst/Drug                            | Co.Pay               |
| 0064-167502-1022 | Furosemide [Solution For Injection - 10mg/ml - 2.00 Liquids Ampoule (x10)] | Pharmacy             |
| 9                | Consultation Gp                                                            | General Consultation |
| 80051            | Electrolyte Panel                                                          | Lab                  |
| 96372            | Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im                              | Co.Pay               |
| 0005-149902-1021 | CLOFEN                                                                     | Pharmacy             |
| 85025            | Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count                           | Lab                  |
| 80061            | Lipid Panel                                                                | Lab                  |

REMARKS : Enter Remarks

الملحظات

|                      |   |                                                           |                                    |
|----------------------|---|-----------------------------------------------------------|------------------------------------|
| TREATING PHYSICIAN   | : | DR Amaizah                                                |                                    |
| الطبيب المعالج       |   |                                                           |                                    |
| HOSPITAL /CLINIC     | : | CITICARE MEDICAL CENTER LLC                               |                                    |
| المستشفى / العيادة   |   |                                                           |                                    |
| CONSULTATION DETAILS | : | <input type="radio"/> New <input type="radio"/> Follow Up | CONSULTATION FEES :                |
| نوع الاستشارة        |   | جديد المتابعة                                             | رسوم الاستشارة                     |
|                      |   |                                                           | <div>Enter CONSULTATION FEES</div> |

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب

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

DATE: 09/06/2025

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