



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	:	SUMANPREET KAUR			
اسم المريض					
DATE OF BIRTH	:	09-Oct-2006	GENDER	:	Fer
تاريخ الميلاد			الجنس		
CARD NBR	:	H3M6-EJ3F-LFLN-MLED	PAYER	:	NA
رقم البطاقة			شركة التأمين		

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

DIAGNOSIS : J03.90 - Acute tonsillitis, 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

العرض المرضية

PC fever,running nose,cough ,SORETHROAT
HOPC pt complaints of bodypain,headache,cough,running nose since 5 days
Her child had the same symptoms
Nil comorbs
No history of drug allergy
O\E tonsils edematous and pustules present
Chest clear

CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
9	Consultation Gp	Gener Consu
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharm

النتائج السريرية

	CPT Code	Treatment	Type
REMARKS : الملاحظات	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharm
	0195-107704-	Ceftriaxone-Tabuk [Powder For Injection - 1000mg - 1.00 Tablets Vial +	Pharm
	Enter Remarks		

TREATING PHYSICIAN : KEERTHANA

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



DATE: 15

التاريخ

I hereby authorize any healthcare provider or Insurance Company to provide and/or give copies records to NAS Personnel in relation to current or previous treatments and services rendered to any of my dependents. Any copy of this consent shall be considered as the original.

فوض 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
ة منه. أية صورته عن هذا التخويل تعتبر كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

