



## 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 : DAVID JAVIER LEON MALAGON

اسم المريض

DATE OF BIRTH : 27-May-2001

تاريخ الميلاد

CARD NBR : 288A-AAF2-C2C1-JCDE

رقم البطاقة

GENDER : Male

الجنس

PAYER : NAS VN

شركة التأمين

CASE INFORMATION : ☐ ACUTE

نوع الحالة

☐ CHRONIC

حادة

مزمنة

☐ PRE-EXISTING

موجودة مسبقا

☐ INJURY

إصابة

DIAGNOSIS : R07.89 - Other chest pain, R20.2 - Paresthesia of skin

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 LEFT SIDED CHEST HEAVINESS WITH NUMBNESS OVER LEFT UPPER LIMB

HOPC PT PRESENTED WITH COMPLAINTS OF LEFT SIDED CHEST HEAVINESS WITH NUMBNESS OF LEFT UPPER LIMB ESPECIALLY AFTER FOOD AND WHEN HE IS ANXIOUS SINCE 2 MONTHS

Not associated vomiting

Family history of DM\HTN present

O\E chest clear

Known alcoholic and smoker (stopped smoking)

CLINICAL FINDINGS :

النتائج السريرية

| CPT Code | Treatment                            | Type                 |
|----------|--------------------------------------|----------------------|
| 93000    | Ecg Routine Ecg W/Least 12 Lds W/I&R | Co.Pay               |
| 9        | Consultation Gp                      | General Consultation |

REMARKS : Enter Remarks

الملاحظات

TREATING PHYSICIAN : KEERTHANA

الطبيب المعالج

HOSPITAL /CLINIC : CITICARE MEDICAL CENTER LLC

المستشفى / العيادة

CONSULTATION DETAILS : ☐ New ☐ Follow Up

نوع الاستشارة

جديد

المتابعة

CONSULTATION FEES :

رسوم الاستشارة

Enter CONSULTATION FEES



د. كيرثانا راني باديبورايل ثارا  
Dr. Keerthana Rani Padippurayil Thara  
General Practitioner  
License No.: 37864046-001  
مركز سيتيكير الطبي ذم م  
CITICARE MEDICAL CENTER LLC

**DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP**

توقيع و ختم الطبيب

**DATE:** 20/07/2025

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 كاصلية

**BENEFICIARY'S SIGNATURE**

توقيع المستفيد