



## 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               | GENDER : Male  |
| تاريخ الميلاد |   |                           | الجنس          |
| CARD NBR      | : | 288A-AAF2-C2C1-JCDE       | PAYER : NAS VN |
| رقم البطاقة   |   |                           | شركة التأمين   |

|                  |   |                                |                                  |                                       |                                 |
|------------------|---|--------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| CASE INFORMATION | : | <input type="checkbox"/> ACUTE | <input type="checkbox"/> CHRONIC | <input type="checkbox"/> PRE-EXISTING | <input type="checkbox"/> INJURY |
| نوع الحالة       |   | حادة                           | مزمنة                            | موجودة مسبقا                          | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |           |      |       |                                                |        |                  |                    |          |       |                                      |        |   |                 |                      |
| العرض المرضية                                                                     |                                                | <p>PC LEFT SIDED CHEST HEAVINESS WITH NUMBNESS OVER LEFT UPPER LIMB</p> <p>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</p> <p>Not associated vomiting</p> <p>His bowel habits are normal</p> <p>Family history of DM\HTN present</p> <p>His systolic bp is 160</p> <p>O\E chest clear</p> <p>Known alcoholic and smoker (stopped smoking)</p>                 |          |           |      |       |                                                |        |                  |                    |          |       |                                      |        |   |                 |                      |
| CLINICAL FINDINGS                                                                 | :                                              | <table> <thead> <tr> <th>CPT Code</th> <th>Treatment</th> <th>Type</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>96374</td> <td>Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbst/Drug</td> <td>Co.Pay</td> </tr> <tr> <td>0005-242802-0781</td> <td>PANTONIX 40MG I.V.</td> <td>Pharmacy</td> </tr> <tr> <td>93000</td> <td>Ecg Routine Ecg W/Least 12 Lds W/I&amp;R</td> <td>Co.Pay</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>Consultation Gp</td> <td>General Consultation</td> </tr> </tbody> </table> | CPT Code | Treatment | Type | 96374 | Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbst/Drug | Co.Pay | 0005-242802-0781 | PANTONIX 40MG I.V. | Pharmacy | 93000 | Ecg Routine Ecg W/Least 12 Lds W/I&R | Co.Pay | 9 | Consultation Gp | General Consultation |
| CPT Code                                                                          | Treatment                                      | Type                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |          |           |      |       |                                                |        |                  |                    |          |       |                                      |        |   |                 |                      |
| 96374                                                                             | Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbst/Drug | Co.Pay                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |           |      |       |                                                |        |                  |                    |          |       |                                      |        |   |                 |                      |
| 0005-242802-0781                                                                  | PANTONIX 40MG I.V.                             | Pharmacy                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          |           |      |       |                                                |        |                  |                    |          |       |                                      |        |   |                 |                      |
| 93000                                                                             | Ecg Routine Ecg W/Least 12 Lds W/I&R           | Co.Pay                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |           |      |       |                                                |        |                  |                    |          |       |                                      |        |   |                 |                      |
| 9                                                                                 | Consultation Gp                                | General Consultation                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |          |           |      |       |                                                |        |                  |                    |          |       |                                      |        |   |                 |                      |
| النتائج السريرية                                                                  |                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |           |      |       |                                                |        |                  |                    |          |       |                                      |        |   |                 |                      |
| REMARKS                                                                           | :                                              | Enter Remarks                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |          |           |      |       |                                                |        |                  |                    |          |       |                                      |        |   |                 |                      |
| الملحظات                                                                          |                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |           |      |       |                                                |        |                  |                    |          |       |                                      |        |   |                 |                      |

|                    |   |           |
|--------------------|---|-----------|
| 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 و ختم الطبيب



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

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 صورة عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

