



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 : ☐ ACUTE ☐ CHRONIC ☐ PRE-EXISTING ☐ INJURY

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : R20.2 - Paresthesia of skin, K21.9 - Gastro-esophageal reflux disease without esophagitis, K29.00 - Acute gastritis without bleeding, R12 - Heartburn

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 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

His bowel habits are normal

Family history of DM\HTN present

His systolic bp is 160

O\E chest clear

Known alcoholic and smoker (stopped smoking)

العراض المرضية

CLINICAL FINDINGS :

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 وختم 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 صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

