



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 ، نوصفك الطبية ، نرجو منك تعبئة نموذج الوصفة مرفقا مع هذا النموذج

PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

PATIENT NAME	:	VARINDER SINGH BALDEV SINGH		
اسم المريض	:			
DATE OF BIRTH	:	19-Sep-1992	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد	:		الجنس	:
CARD NBR	:	MHFM-E63F-LFLM-NLED	PAYER	: NAS - SRN WN
رقم البطاقة	:		شركة التأمين	:

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

DIAGNOSIS	:	J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, R05 - Cough, R50.9 - Fever, unspecified, R63.0 - Anorexia, E86.0 - Dehydration, R52 - Pain, unspecified, J30.89 - Other allergic rhinitis																																	
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 : FEVER ,COUGH ,BODY PAIN HOPC : PT CAME WITH THE COMPLAIN OF CONTINUOUS FEVER ALONG WITH THROAT PAIN ,COUGH ,BODY PAIN AND LOSS OF APPETIDE STARTED 4 DAYS BACK O/E THROAT IS MILD HYPEREMIC CHEST IS MILD CONGESTED ALLERGIES : NONE PMH : NONE																																	
الاعراض المرضية	:																																		
CLINICAL FINDINGS	:	<table><thead><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr></thead><tbody><tr><td>9</td><td>Consultation Gp</td><td>General Consultation</td></tr><tr><td>96372</td><td>Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>96365</td><td>Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>0188-135906-2441</td><td>PULMICORT</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0439-152905-1001</td><td>LACTATED RINGER'S INJECTION USP</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0125-122107-1022</td><td>DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0005-149902-1021</td><td>CLOFEN</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>2190-106618-1001</td><td>PARAFUSIV I.V. 10MG/ML</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>86140</td><td>C-Reactive Protein</td><td>Lab</td></tr><tr><td>85025</td><td>Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count</td><td>Lab</td></tr></tbody></table>	CPT Code	Treatment	Type	9	Consultation Gp	General Consultation	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay	0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy	0439-152905-1001	LACTATED RINGER'S INJECTION USP	Pharmacy	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy	86140	C-Reactive Protein	Lab	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab
CPT Code	Treatment	Type																																	
9	Consultation Gp	General Consultation																																	
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																																	
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay																																	
0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy																																	
0439-152905-1001	LACTATED RINGER'S INJECTION USP	Pharmacy																																	
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy																																	
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy																																	
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy																																	
86140	C-Reactive Protein	Lab																																	
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab																																	
النتائج السريرية	:																																		
REMARKS	:	Enter Remarks																																	
الملاحظات	:																																		

TREATING PHYSICIAN	:	AISHA	
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



DATE: 31/07/2025

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 ، افوض أية جهة طبية أو طبيب أو شركة تأمين بتزويد شركة ناس بأي معلومات من الملف الطبي بشأن العلاج الحالي أو السابق لي أو للقراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورة عن هذا التحويل تعتبر كالتصليح

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

