



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

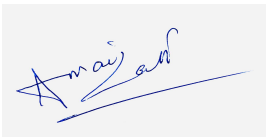
PATIENT NAME	:	KAREN ARANDELA LORENZO	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	01-Dec-1979	GENDER : Female
تاريخ الميلاد			الجنس
CARD NBR	:	2EM6-EJ3F-LFL6-MLED	PAYER : NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين

CASE INFORMATION : ☐ ACUTE ☐ CHRONIC ☐ PRE-EXISTING ☐ INJURY

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

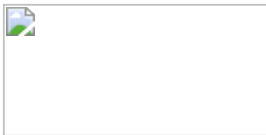
DIAGNOSIS	:	I10 - Essential (primary) hypertension, E78.5 - Hyperlipidemia, unspecified, M79.602 - Pain in left arm, R25.2 - Cramp and spasm																								
التشخيص																										
AETIOLOGY	:	Enter Aetiology																								
لمسببات المرضية																										
(Please 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 : HEADCHE , DISCOMFORT AND DIZINESS PAIN IN ARM ,,,LEFT ARM RADIATING FROM LEFT SHOULDER STARTED 05/06/25 SLEEP DISTURBANCE STARTED 09/06/25 FAMILY HX OF HIGH BLOOD PRESSURE O/E : LOOK PALE AND IRRITABLE BP IS 190/110																								
العرض 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>0125-122107-1022</td><td>DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>86430</td><td>Rheumatoid Factor Qualitative</td><td>Lab</td></tr><tr><td>84550</td><td>Uric Acid Blood</td><td>Lab</td></tr><tr><td>80061</td><td>Lipid Panel</td><td>Lab</td></tr><tr><td>96372</td><td>Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>0005-149902-1021</td><td>CLOFEN</td><td>Pharmacy</td></tr></tbody></table>	CPT Code	Treatment	Type	9	Consultation Gp	General Consultation	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy	86430	Rheumatoid Factor Qualitative	Lab	84550	Uric Acid Blood	Lab	80061	Lipid Panel	Lab	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
CPT Code	Treatment	Type																								
9	Consultation Gp	General Consultation																								
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy																								
86430	Rheumatoid Factor Qualitative	Lab																								
84550	Uric Acid Blood	Lab																								
80061	Lipid Panel	Lab																								
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																								
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy																								
النتائج السريرية																										
REMARKS	:	Enter Remarks																								
الملحظات																										

TREATING PHYSICIAN	:	DR Amaizah	
الطبيب المعالج			
HOSPITAL /CLINIC	:	CITICARE MEDICAL CENTER LLC	
المستشفى / العيادة			
CONSULTATION DETAILS	:	☐ New ☐ Follow Up	CONSULTATION FEES :
نوع الاستشارة		جديد المتابعة	رسوم الاستشارة
			Enter CONSULTATION FEES

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP		Dr. Amaizah Ishtiaq General Practitioner DHA: 98486553-001 CITICARE MEDICAL CENTER DUBAI - U.A.E	DATE: 01/08/2025
توقيع و ختم الطبيب			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 كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE	
توقيع المستفيد	