



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	: ARISTEO DE LEON CORPUZ		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 02-Jun-1980	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: MHEH-NJ3F-LFLK-2LED	PAYER	: NAS - SRN WN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

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

DIAGNOSIS	: K80.80 - Other cholelithiasis without obstruction, R50.9 - Fever, unspecified									
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									
العراض المرضية	Right upper quadrant pain radiating to the back x 7 days									
CLINICAL FINDINGS	: <table> <tr> <th>CPT Code</th> <th>Treatment</th> <th>Type</th> </tr> <tr> <td>9</td> <td>Consultation Gp</td> <td>General Consultation</td> </tr> <tr> <td>76700</td> <td>Us Abdominal Real Time W/Image Documentation</td> <td>Radiology</td> </tr> </table>	CPT Code	Treatment	Type	9	Consultation Gp	General Consultation	76700	Us Abdominal Real Time W/Image Documentation	Radiology
CPT Code	Treatment	Type								
9	Consultation Gp	General Consultation								
76700	Us Abdominal Real Time W/Image Documentation	Radiology								
النتائج السريرية										
REMARKS	: Enter Remarks									
الملحظات										

TREATING PHYSICIAN	: Dr Rahman	
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: 09/08/2025

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

