



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	:	SEID ENDRIS YASIN	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	11-Sep-1993	GENDER
تاريخ الميلاد			: Male
CARD NBR	:	JI8I-AAF2-C2C8-FCDE	PAYER
رقم البطاقة			: NAS - SRN WN
			شركة التأمين

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

DIAGNOSIS	:	N39.0 - Urinary tract infection, site not specified, R10.30 - Lower abdominal pain, unspecified, R30.9 - Painful micturition, unspecified, R10.12 - Left upper quadrant pain																				
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		Came for followup CRP 1.71 He came yesterday with the same complaints Still having pain chief complaint: came wit pain in left iliac fossa duration: on and off since 5 days pain scale: 6 took a lot of medicine but not feeling good on examination: there is tenderness on left side of abdomen while palpation.																				
CLINICAL FINDINGS	:	<table><thead><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr></thead><tbody><tr><td>96372</td><td>Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>9.01</td><td>Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A General Practitioner.</td><td>General Consultation</td></tr><tr><td>0005-149902-1021</td><td>CLOFEN</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>81015</td><td>Urinalysis Microscopic Only</td><td>Lab</td></tr><tr><td>76705</td><td>Ultrasound Abdominal Real Time W/Image Limited</td><td>Radiology</td></tr></tbody></table>			CPT Code	Treatment	Type	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	9.01	Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A General Practitioner.	General Consultation	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy	81015	Urinalysis Microscopic Only	Lab	76705	Ultrasound Abdominal Real Time W/Image Limited	Radiology
CPT Code	Treatment	Type																				
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																				
9.01	Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A General Practitioner.	General Consultation																				
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy																				
81015	Urinalysis Microscopic Only	Lab																				
76705	Ultrasound Abdominal Real Time W/Image Limited	Radiology																				
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 :
نوع الاستشارة		جديد المتابعة	رسوم الاستشارة
			Enter CONSULTATION FEES

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب



DATE: 10/08/2025

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

