



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	:	RAJESH PASWAN HARI			
اسم المريض					
DATE OF BIRTH	:	23-Oct-1984	GENDER	:	Male
تاريخ الميلاد			الجنس		
CARD NBR	:	1TNL-3NMM-VMVM-MVAE	PAYER	:	NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين		

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

DIAGNOSIS	:	K08.89 - Other specified disorders of teeth and supporting structures, K29.00 - Acute gastritis without bleeding, K05.00 - Acute gingivitis, plaque induced														
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		PC tooth pain HOPC pt presents with complaints of tooth pain since 2 days with associated gum bleeding O\E decaying tooth Nil comorbs No history of drug allergy Advised dental consultation														
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>0005-149902-1021</td><td>CLOFEN</td><td>Pharmacy</td></tr></tbody></table>			CPT Code	Treatment	Type	9	Consultation Gp	General Consultation	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
CPT Code	Treatment	Type														
9	Consultation Gp	General Consultation														
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay														
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy														
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	



د. كيرثانا راني ياديورايل ثارا
Dr. Keerthana Rani Padippurayil Thara
General Practitioner
License No.: 37864046-001
مركز سيتيكير الطبي ذم م
CITICARE MEDICAL CENTER LLC

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب

DATE: 11/08/2025

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 للفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصليه



BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد