



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	:	JAYPIE FLORES TAGOCON	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	28-Jul-1987	GENDER : Male
تاريخ الميلاد			الجنس
CARD NBR	:	FFA8-FAE2-C2C8-ECDE	PAYER : NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين

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

DIAGNOSIS : J02.9 - Acute pharyngitis, unspecified, R07.0 - Pain in throat, R50.9 - Fever, unspecified, E86.0 - Dehydration, K29.60 - Other gastritis without bleeding, R05 - Cough, R06.00 - Dyspnea, 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
		PC fever,bodypain,cough,tiredness,headache,pain in throat
		HOPC pt presents with complaints of fever,bodypain,cough,tiredness,headache,pain in throat shortness of breath since 2 days
		She also has generalized abdominal bloating
العراض المرضية		O\E Throat congested
		Chest clear
		No history of drug allergy
		Nil comorbs

CLINICAL FINDINGS :	CPT Code	Treatment	Type
	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
	94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay
	96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay
	96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay
	96374	Ther Proph/Dx Nx Iv Push Single/1St Sbst/Drug	Co.Pay
	9	Consultation Gp	General Consultation
النتائج السريرية	0005-174202-0781	RISEK 40MG	Pharmacy
	0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy
	86140	C-Reactive Protein	Lab
	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab

REMARKS : الملاحظات	CPT Code	Treatment	Type
	0439-152905-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy
	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy
	Enter Remarks		

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			DATE: 19/08/2025
توقيع وختم 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 للفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورته عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE	
توقيع المستفيد	