



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
تاريخ الميلاد			: Male
CARD NBR	:	FFA8-FAE2-C2C8-ECDE	الجنس
رقم البطاقة			PAYER
			: NAS VN
			شركة التأمين

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

DIAGNOSIS : J03.90 - Acute tonsillitis, 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
		Known smoker
		Chest clear
		No history of drug allergy
		Nil comorbs

النتائج السريرية	CLINICAL FINDINGS :		
	CPT Code	Treatment	Type
	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
	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
	9	Consultation Gp	General Consultation
	0005-174202-0781	RISEK 40MG	Pharmacy
	0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy
86140	C-Reactive Protein	Lab	

النتائج السريرية

REMARKS : الملحظات	CPT Code	Treatment	Type
	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab
	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 : Enter CONSULTATION FEES
نوع الاستشارة		جديد المتابعة	رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب



DATE: 19/08/2025

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

