



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	: JULIE ANN CONTRERAS CAPISPISAN		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 10-Oct-1978	GENDER	: Female
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: KMF3M-3H3F-LFLJ-KLED	PAYER	: NAS - RN,RN+
رقم البطاقة		شركة التأمين	

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

DIAGNOSIS	: Z12.4 - Encounter for screening for malignant neoplasm of cervix, N83.00 - Follicular cyst of ovary, unspecified side
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
	ON PER SPECULUM EXAMINATION CERVIX IS HEALTHY .
	MILD WHITISH DISCHARGE .
	PAP SMEAR.
	BREAST SCAN.
	REASSURANCE.
العراض المرضية	NO H/O LOWER ABDOMINAL PAIN,DISCHARGE.
	OR MENSTURAL IRREGULARITY.
	P1 LIVING WITH PARTNER LAST CHILD BORN 19 YEARS.
	NO SIGNIFICANT PAST MEDICAL AND SURGICAL HISTORY.
	ON TABLET YAS FOR 8 YEARS FOR CONTRACEPTION.
	ON ROUTINE SCAN TWO FOLLICLE CYST IN BOTH OVARIES.

CLINICAL FINDINGS :	CPT Code	Treatment	Type
	88164	Cytp Slides Cerv/Vag Mnl Scrn Physician Supv	Lab
النتائج السريرية	76641	US BREAST UNI REAL TIME WITH IMAGE COMPLETE	Radiology
	10	Consultation Specialist	General Consultation

REMARKS :	Enter Remarks		
الملحظات			
TREATING PHYSICIAN :	HUMMAIRA		
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			DATE: 21/08/2025
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 للأفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE	
توقيع المستفيد	