



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	:	RUBY SUASOLA LOPING		
اسم المريض				
DATE OF BIRTH	:	26-Aug-2025	GENDER	: Female
تاريخ الميلاد			الجنس	
CARD NBR	:	32HE-N33F-LFLM-NLED	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين	

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

DIAGNOSIS	:	N92.6 - Irregular menstruation, unspecified, R10.30 - Lower abdominal pain, unspecified, L65.8 - Other specified nonscarring hair loss											
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											
الاعراض المرضية		PC irregular menstruation,less bleeding HOPC pt presented with complaints of irregular menstruation,shorter bleeding days with associated right lower abdominal pain She also has hair loss,acne and tiredness Her LMP was 2 weeks ago O\ E P\ A soft non tender Nil comorbs											
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>76705</td><td>Ultrasound Abdominal Real Time W/Image Limited</td><td>Radiology</td></tr></tbody></table>			CPT Code	Treatment	Type	9	Consultation Gp	General Consultation	76705	Ultrasound Abdominal Real Time W/Image Limited	Radiology
CPT Code	Treatment	Type											
9	Consultation Gp	General Consultation											
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: 24/08/2025

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

