



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	: MAY ANGELICA REGULTO RIVERA		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 22-May-1987	GENDER	: Female
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: A92C-RRCC-DCDI-IDEA	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

CASE INFORMATION : ☐ ACUTE ☐ CHRONIC ☐ PRE-EXISTING ☐ INJURY

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : R50.9 - Fever, unspecified, R05 - Cough, R07.0 - Pain in throat, M79.10 - Myalgia, unspecified site, R53.1 - Weakness, J30.9 - Allergic rhinitis, 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

dry and wet cough

FEVER WITH CHILLS

all muscular pain

weakness after viral infection

العراض المرضية

CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
9	Consultation Gp	General Consultation
96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay
96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
0195-107704-0802	CEFTRIAZONE-TABUK IM	Pharmacy
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy
0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
0102-111908-1001	SODIUM CHLORIDE B.P.	Pharmacy
82565	Creatinine Blood	Lab
84520	Urea Nitrogen Quantitative	Lab
86140	C-Reactive Protein	Lab

النتائج السريرية

CPT Code	Treatment	Type
85652	Sedimentation Rate Rbc Automated	Lab
REMARKS : Enter Remarks الملاحظات		
TREATING PHYSICIAN : Sajid Sanaullah الطبيب المعالج		
HOSPITAL /CLINIC : Irham Medical Center Arjan 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:** 23/12/2023

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 صورة عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

