

GENERAL CONSENT FORM

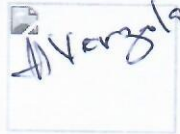
Patient details

Patient Name	:	HAZELLE BALDE VERZOLA		
Patient File No	:	36929	DOB	
Nationality	:	Philippine	Gender	
Doctor's Name	:	Dr. Rubna Jaseem	Date	

I consent to the examination, tests, and treatments, which may be done by the physician and assistant staff during my course of therapy. I understand I have to inform my personal and medical details and have the right to be informed about my treatment. I understand that the Center is not responsible for my personal property, money, or valuable left unattended. I authorize the Center to release information about my treatment: a.) as required to process payment of claims and (b) to other facilities or providers for the continuity of my care. In consideration of the services provided at the centre, I agree to pay the centre for all services provided to me. If any health insurance program covers my treatment, I authorize the centre to bill any such insurer for all medical services provided, and agreed to pay any co-payment or charges not covered by my health insurance. This consent form will be stored in the patient's medical record at the clinic. I have read and understand the information on this sheet.

أوافق أنا الموقع أدناه على كل الإجراءات الطبية التي يجريها الأطباء والأخصائيون والفريق الطبي المرافق بالمركز الطبي، والتي قد تشمل الفحوصات، الاختبارات، والعلاجات، والتي قد تكون ضرورية أثناء فترة علاجي. أفهم أنني يجب أن أبلغ الأطباء والعاملين بالمركز كل التفاصيل الخاصة بي وأهمها التفاصيل الطبية، كما أن من حقهم معرفة كل المعلومات المتعلقة بعلاجي. كما أعلم أن المركز الطبي (العيادة) ليست مسئولة عن حاجياتي الخاصة بالأموال وأي متعلقات خاصة بي. أنا أقول للمركز (العيادة) بإبلاغ أي معلومات عن علاجي إلى الهيئات الخاصة بتغطية نفقات العلاج، أو الجهات الطبية التي قد تتولى تكلفة علاجي فيما بعد، وذلك إذا طلب منا ذلك. أقر بالموافقة على تسديد جميع نفقات علاجي بالمركز إما بالدفع الفوري أو بتحويل المركز (العيادة) بإرسال فاتورة علاجي إلى التأمين الصحي التي أنتمي إليها، كما أتفق. وقد قرأت هذا الإقرار، من ثم أقر به، وهذا الإقرار سيتم حفظه في الملف الطبي الخاص بالمريض، أقر بأنني قد قرأت وفهمت المعلومات الواردة في هذا الإقرار.

HAZELLE BALDE VERZOLA
Patient or Legal Guardian Name



Date: 17-May-2022

Signature

Witness or Interpreter's Name



Date: 17-May-2022

Signature

Emirates ID: 784-1989-7092620-4

Dr. Rubna Jaseem
General Practitioner
DHA No: 77233809-001
PESHAWAR MEDICAL CENTER LLC
DUBAI - U.A.E.