

GENERAL CONSENT FORM

Patient details

Patient Name	:	BERNADETTE DIMAYACYAC OBIAS	DOB	:	09-Sep-1998
Patient File No	:	35930	Gender	:	Female
Nationality	:	Philippine	Date	:	12-Jun-2022
Doctor's Name	:	Sajid Sanaullah			

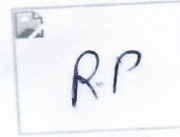
I consent to the examination, tests, and treatments, which may be done by the physician and assistant staff during my course of therapy. I understand I have to inform my personal and medical details and have the right to be informed about my treatment. I understand that the Center is responsible for my personal property, money, or valuable left unattended. I authorize the Center to release information about my treatment: a required to process payment of claims and (b) to other facilities or providers for the continuity of my care. In consideration of the service provided at the centre, I agree to pay the centre for all services provided to me. If any health insurance programs cover 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.

ق أنا الموقع ادناه على كل الفحوصات والاختبارات المعملية ، وعلى خطط العلاج التي يجريها لي الأطباء والأخصائيون والفريق الطبي أفق بالمركز الطبي طوال فترة علاجي ، وأعلم جيداً أنني يجب أن أبلغ الأطباء والعاملين بالمركز كل التفاصيل الخاصة بي وأهمها التفاصيل المالية ، كما أن من حق معرفتي أسلوب وخطة العلاج الخاصة بي، كما أعلم أن المركز الطبي (العيادة) ليست مسئولة عن حاجياتي الخاصة بالموافقة على تسديد جميع نفقات علاجي بالمركز إما بالدفع الفوري أو بتحويل المركز (العيادة) بإرسال فاتورة علاجي إلى التأمين الصحي تنمي إليها ، كما اتعهد بدفع أي مصاريف إضافية غير مغطاه من شركات التأمين ، هذا الإقرار سيتم حفظه في الملف الطبي الخاص بيض، أقر بأنني قد قرأت وفهمت كل ما جاء في هذا الإقرار

BERNADETTE DIMAYACYAC OBIAS
or Legal Guardian Name



Date: 12-Jun-2022



Date: 12-Jun-2022

Dr. Sajid Sanaullah Khan
General Practitioner
or Interpreter's Name
85758224-001
SHAWAR MEDICAL CENTER LLC
DUBAI - U.A.E
ID: 784-1998-2551192-8