



مركز اوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

File No#: 1000159

Date: 23/1/2018

اسم المريض

Patient Name: BAYAN ABU BAQOOD

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 09/05/1983

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): JORDANIAN

Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية): MARRIED

Phone No. (رقم الهاتف): 050 340 5376

Contact Person in Case of Emergency:

How Did You Know About Us?

Weight: 59.4 kg

Height: 158.5 cm

Blood Type:

BP= 120/80 mmHg

Marital Status:

Chief Complaint: sore throat, fever, shortness of breath + cough

Medical History السجل الطبي

Diseases: /

Medication: /

Allergies: /

Pregnancy: /

Hospitalization: /

Family History: /

Habits: Smoking: Y/N

Alcohol: Y/N

Drugs: Y/N

Remarks:

Clinical Findings: congested tonsils, Temp 38.4

DOCTOR NOTE

### Medical Consent Form

I hereby consent and authorize the doctor to treat my medical condition, which has been explained to me by the qualified physician.

I understand that in order to provide me with the most efficient and enhanced service, diagnostic and other procedures may be deemed necessary.

I understand that my treating doctor may discover other or different conditions, which may require additional or different procedures than those planned.

I authorize my treating doctor to perform such procedure, which are advisable in their professional judgment.

I understand that no warranty or guarantee has been made to me as to a result or cure just as there may be risks and hazards in continuing my present condition without treatment, there are also risk and hazards to the performance of the diagnostic and /or surgical procedure. I realize that common surgical or diagnostic procedure are potential for an infection, swelling, bleeding and allergic reaction.

I understand that there are minimal fees to be paid per service and that all fees must be paid in full after the completion of each treatment.

I understand that any information that I provide regarding my medical status will be kept completely confidential and anonymous.

I believe that I have sufficient information to give this consent. I certify that form has been fully explained to me and that I have read it understand its contents.

Patient Signature/ Guardian (In case of minors):

Date:

Dentist Signature:

### نموذج إقرار طبي

• اوافق و اسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية والتي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.

• اتفهم انه من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل، فإن بعض التشخيصات و الإجراءات الطبية الإضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

• وأنا اتفهم أن من الممكن ان يكتشف الطبيب خلال العلاج حالات أخرى أو مختلفة عن ما نكر في الفحص الأولي، والتي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

• أفوض الطبيب المعالج بإجراء العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرتهم المهنية و العلمية.

• اتفهم أنه ليس هنالك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما اتفهم أن هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و اتفهم تماما كافة الأخطار الناجمة عن الفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية. و اتفهم احتمالية حدوث عدوى أو تورم أو نزيف أو حساسية نتيجة للفحص أو الإجراء الطبي

• اتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب سدادها مباشرة بعد الانتهاء من كل علاج.

• إن أي معلومات أقدمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الإطلاع عليها دون موافقتي.

• أقر أنني املاك المعلومات الكافية لتوقيع هذا الإقرار. و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيل هذا الإقرار.

توقيع المريض / الوصي :



التاريخ:

توقيع الطبيب المختص:



REDAD DATA

cAEAI0EBAA830DQXO\*

Confirm Data

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

**Public Data Verification report****File****Valid Signature?**

Non-Modifiable Data (SF3)	False
Modifiable Data (SF5)	False
Holder Signature Image (SF7)	False
Photography	False
Home Address	False
Work Address	False

**Card Holder Information**

Name	Bayan Musa,Abdel Waley,Abu Gaood	
Name (Ar)	بين مومسي,عبد الوالي,ابو قاود	
Title:	IDN:	784198372049365 Mother Name:
Title (Ar):	Card Number:	Mother Name (Ar):
Issue Date:	Nationality:	Family ID:
Expiry Date:	(Ar):	
Marital Status:	Sex:	Sponsor Type:
Residency Type:	Date of Birth:	Sponsor Name:
ID Type:	Husband IDN:	Sponsor Number:
	Residency Number:	Residency Expiry:
	Occupation:	Occupation Field:
		القصلية العامة السلطنة الاردنية الهاشمية

Photo



Signature Image

Bayan

<http://orchidsvr/EMID/default.aspx>

1/23/2018

SICK LEAVE CERTIFICATE

Hospital: ORCHID MEDICAL CENTER

Date of issue 23/JAN/2018

Cert No: OMC1/2018/1006

Patient's Name: Bayan Abu Gaood	File Number: 1000159
Age :34	Sex: FEMALE

**Unfitness**

This is to certify that the above patient visited MEDICAL CLINIC on /23/JAN //2018

The patient is unfit to work from 23 /JAN//2018 till 25 /JAN //2018

**Diagnosis: ACUTE TONSILLITIS AND BRONCHITIS**

**Comments:**

Doctor's Name: EMAN MOHSEN ALI	License Number: D21329
Signature: 	Stamp: <b>د. ايمان محسن علي</b> <b>Dr. Iman Mohsin Ali</b> ممارس عام - ممارس عام General practitioner MOH License No.: D21329 مركز اوركيد الطبي Orchid Medical Centre

**Notes :**

- 1- Certificate is invalid if any correction are made.
- 2- Certificate is Valid only if is signed and stamped.
- 3- Certificate is issued at patient's request

للاستعمال الرسمي : نصادق على صحة توقيع وختم الطبيب المذكور المرخص من قبل وزارة الصحة دون تحمل إدارة منطقة الشارقة الطبية اي مسؤولية من محتويات هذا التقرير ( اعتماد قسم التراخيص الطبية بمنطقة الشارقة الطبية )

Sharjah – cornich alkhan – alkhan palace 201 – near petrofac  
Phone : +971 6 555 8337 mobile : +971 50 603 7996