



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

File No#: 1000167

Date: 28/1/18

Patient Name: Hussam Belal Abdelhadi

اسم المريض:

Date of Birth: 11/28/1999

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): Jordan

Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الاجتماعية):

Phone No. (الرقم الهاتف): 050 1818037

Contact Person in Case of Emergency:

How Did You Know About Us?

| | Medical Condition | الحالة الطبية | Yes/No نعم / لا | If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل |
|-------|---|---|--------------------|---|
| | Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟ | | Yes/No نعم / لا | No |
| | Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات المناعة؟ | | Yes/No نعم / لا | No |
| | Allergies هل لديك أي حساسية؟ | | Yes/No نعم / لا | No |
| | Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطيت من أي أمراض؟ | | Yes/No نعم / لا | No |
| CVS | Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويدية، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب | | Yes/No نعم / لا | No |
| | High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات الدم؟ | | Yes/No نعم / لا | No |
| | Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لوكيميا (سرطان الدم) | | Yes/No نعم / لا | No |
| RS | Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى | | Yes/No نعم / لا | No |
| GU | Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاطيت من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟ | | Yes/No نعم / لا | No |
| | *for ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems *للنساء: هل أنت حاملة؟ هل تتعاطين أي ملتح للحمل؟ هل تعطين من مشاكل في الدورة الشهرية؟ | | Yes/No نعم / لا | |
| GI | Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى | | Yes/No نعم / لا | No |
| | Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟ | | Yes/No نعم / لا | No |
| CNS | Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاطيت من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟ | | Yes/No نعم / لا | No |
| ENDO | Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاطيت من مرض السكري أو أمراض الغدة الترقية؟ | | Yes/No نعم / لا | No |
| Other | Other conditions؟ HSV, HIV...etc | هل تعاطيت من أي أمراض أخرى؟ فيروس الأبتس، فيروس الحلا البسيط...etc | Yes/No نعم / لا | No |

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

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

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

وأنا أتفهم 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 الطبية.

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

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

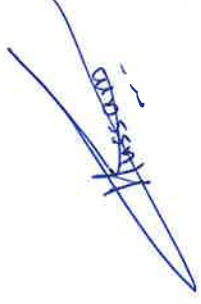
إن أي معلومات أقدّمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر اني امتلاك 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:



لاستعمال الطبيب فقط For Doctor's Use Only

File No#: 1000167 Date: 28/1/18

Patient Name: MUSSAM BELAL ABDELHADI اسم المريض:

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 11/28/1999 Gender (الجنس): M / F

How Did You Know About Us? -----

Weight: _____ Height: _____ Blood Type: _____

Marital Status: _____

Chief Complaint: Pain on percussion

السجل الطبي Medical History

Diseases: _____ Medication: _____

_____ Allergies: _____

_____ Pregnancy: _____

Hospitalization: _____ Family History: _____

Habits: Smoking: Y/N ✓ Alcohol: Y/N ✓ Drugs: Y/N ✓

Remarks: _____

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO*

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 | Husam Belal,Abdellatif Abdelhadi | IDN: | 784199979521020 | Mother Name: | |
| Name (Ar) | حسام بلال,عبداللطيف عبدالهادي | Card Number: | 083465754 | Mother Name (Ar): | |
| Title: | | Nationality: | JOR | Family ID: | |
| Title (Ar): | | Nationality (Ar): | الأردن | | |
| Issue Date: | 17/05/2017 | Sex: | M | Sponsor Type: | 03 |
| Expiry Date: | 08/05/2019 | Date of Birth: | 28/11/1999 | Sponsor Name: | بلال عبداللطيف محمود عبدالهادي |
| Marital Status: | 01 | Husband IDN: | | Sponsor Number: | 12352483 |
| Residency Type: | 03 | Residency Number: | 20120073051773 | Residency Expiry: | 08/05/2019 |
| ID Type: | IL | Occupation: | 11 | Occupation Field: | 00 |

Photo



Signature Image

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

1/28/2018