

File No#: 1000384 Date: 4/9/2018 اسم المريض: \_\_\_\_\_  
Patient Name: Sara Ahmed Javed  
Date of Birth (تاريخ الميلاد): 8/1/1990 Gender (الجنس): M / F  
Nationality (الجنسية): Jordanian Occupation (الوظيفة): \_\_\_\_\_  
Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married Phone No. (رقم الهاتف): 97156263655  
E.MAIL: \_\_\_\_\_

How Did You Know About Us? \_\_\_\_\_

Weight: \_\_\_\_\_ Height: \_\_\_\_\_ Blood Type: \_\_\_\_\_  
Juneane

Chief Complaint: \_\_\_\_\_

for check up  
cervical caltery was done before 2 months

السجل الطبي Medical History

Diseases: \_\_\_\_\_ Medication: AP: 11s  
Allergies: \_\_\_\_\_ Pregnancy: LMP =  
Hospitalization: 4/5 Family History: 25-3-2018  
Habits: \_\_\_\_\_ Smoking: Y/N Alcohol: Y/N Drugs: Y/N P: 11s  
Remarks: G-2 P-2 A-0  
u c/s

Clinical Findings: heavy vaginal discharge, whitish

Radiography: \_\_\_\_\_

Examination: self examination, w/s → normal

Diagnosis: vaginitis



**DOCTOR NOTE**





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

### 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 أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية والتي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و الموهل.

أتفهم انه من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل، فإن بعض التشخيصات 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 ذكر في الفحص الأولي، والتي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

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

أتفهم انه ليس هناك 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 أقدمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع 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:



State of Kuwait  
Min. of Interior - General Traffic Dept.  
Driving License

مجلس التعاون لدول الخليج العربية

دولة الكويت  
وزارة الداخلية - الإدارة العامة للمرور  
رخصة سواق



سار د هفت النور س. ق

الاسم Name

SARA SHARF

رقم الرخصة License No.

2940 1080 1968

الأصل

Nationality

الأردن

JORDAN

ربة منزل

Profession

29/7/2019

Date of Expiry



مدير عام المرور  
Issuing Authority



