

File No#: 1000 394 Date: 09/04/2017  
Patient Name: Hamzah Al-Azoud Gender (الجنس): M / F  
Date of Birth (تاريخ الميلاد): 14/04/1993 Occupation (الوظيفة): super visor  
Nationality (الجنسية): Syrian Phone No. (رقم الهاتف): 0544470931  
Marital Status (الحالة الاجتماعية): single  
E.MAIL: hamza93azoud@gmail.com

How Did You Know About Us?

Internet

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

Chief Complaint:

Chest trauma 2 weeks w/ pain

السجل الطبي Medical History

Diseases: \_\_\_\_\_ Medication: \_\_\_\_\_  
Allergies: \_\_\_\_\_ Pregnancy: \_\_\_\_\_  
Hospitalization: \_\_\_\_\_ Family History: \_\_\_\_\_

Habits: \_\_\_\_\_ Smoking: Y/N \_\_\_\_\_ Alcohol: Y/N \_\_\_\_\_ Drugs: Y/N \_\_\_\_\_

Remarks: \_\_\_\_\_

Clinical Findings: \_\_\_\_\_

Tenderness on the left side of chest

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

\* chest X-ray → normal

Examination: \_\_\_\_\_

Tenderness (left side of chest)

Diagnosis: \_\_\_\_\_

Muscle spasm

د. ايمان محسن علي  
Dr. Iman Mohsin-Ali  
ممارس عام - ممارس عام  
General practitioner  
MOH License No.: 121329  
مركز أوركيذ الطبي  
Orchid Medical Centre

9-4-2017

### 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 المؤهل.

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

وأنا أتفهم ان 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 الطبية.

أتفهم انه ليس هناك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما أتفهم ان هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و اتفهم تماما كافة الاخطار الناجمة عن الفحوصات و الاجراءات العلاجية و الجراحية. و اتفهم 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 أقمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر اني امتلك المعلومات الكافية لتوقيع هذا الاقرار. و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيل هذا الاقرار.



توقيع المريض / الوصي :

التاريخ:

توقيع الطبيب المختص:

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	Hamzeh,Ibrahim,Alhabib Alaroud	IDN:	784199338313655	Mother Name:	
Name (Ar)	حمز فابر الهبب العارود	Card Number:	087730916	Mother Name (Ar):	
Title		Nationality:	SYR	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الجمهورية العربية السورية		
Issue Date:	15/02/2018	Sex:	M	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	13/02/2020	Date of Birth:	14/04/1993	Sponsor Name:	م ح مطار الشارقة روس افيشن م ح
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	07	Residency Number:	30120187004086	Residency Expiry:	13/02/2020
ID Type:	IL	Occupation:	98	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

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

4/9/2018

DOCTOR NOTE

21-4-2018 For followup → ~~the~~ The condition improved 70% & medicine stopped & start with hi-max. gastric tab 2 tab x2 (5-7) days





Name : HAMZAH AL-AROND  
SID : 904187  
Age/Sex : 24 Yrs /Male  
Email :  
Mobile : 054 4470931

Doctor : Dr. Iman Mohsin Ali  
Centre : Orchid Medical Center  
Telephone : 065558337  
Fax :  
Reg. No : 9852

**COMPUTED X-RAY OF CHEST PA VIEW ( for ribs ) :**

Patient with history of chest trauma :

Both lungs fields look clear .

Costophrenic angles on both sides are free.

Both domes of diaphragm are regular and normal.

Thoracic bony cage is normal ( No evidence of rib fracture at present time ) .

**IMPRESSION :**

-No significant abnormality seen .

Registered on: 09-04-2018 14:49  
Reported on:  
Printed:

  
Dr. Dunia K. Albadry  
Specialist Radiologist  
D17695

*Image, Quality in Human Care*

Al-Majaz, Buhaira Corniche Al Reem Plaza, First Floor, Office 107  
P.O. Box 26826, Sharjah, UAE  
Tel.: +971 6 574 8080, Fax: +971 6 574 8088 email: khajah@eim.ae