

File No#: 1000402 Date: 11/09/18
اسم المريض

Patient Name: LEAH CAPAOKAS QUITEVIS

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 13/03/1987

Gender (الجنس): M / (F)

Nationality (الجنسية): FIJIANO

Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Phone No. (رقم الهاتف): 0544570081

E.MAIL:

How Did You Know About Us?

COFFEE BANK

Weight: 61 Height: 161.1

Blood Type:

Chief Complaint: TEMP. = 38°C, HR = 90/70 mmHg

Epigastric pain for 2 days

السجل الطبي Medical History

Diseases: /

Medication: /

Allergies: /

Pregnancy: /

Hospitalization: Epigastric pain for 10 days

Family History: /

Habits: Smoking: Y/N

Alcohol: Y/N

Drugs: Y/N

Remarks:

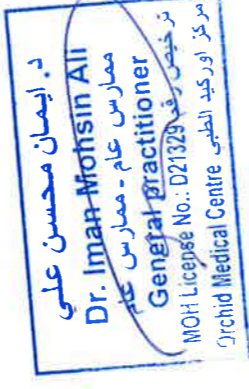
Clinical Findings: Temp 38°C, Bp 100/70

Radiography: /

Examination: soft abdomen, no tenderness

Diagnosis: Colic? cholelithiasis

- 1) soft med amp
- 2) Parvuloh Ab x 2



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 التشخيصات و الإجراءات الطبية الإضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

و أنا أتفهم أن من الممكن أن 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 أنه 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 الإجراءات 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 أقيمها 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:

DOCTOR NOTE

REDAD DATA

cAEAlOEBAa83ODQXO'

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	Leah Cadaoas, Quitevis	IDN:	784198710430327	Mother Name:	
Name (Ar)	ليه سداداوس, قيتيفيس	Card Number:	085447705	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	PHL	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الفلبين		
Issue Date:	26/09/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	23/09/2019	Date of Birth:	15/03/1987	Sponsor Name:	شركة بنك القهوه ذ م م
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	30120172104033	Residency Expiry:	23/09/2019
ID Type:	IL	Occupation:	98	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

4/11/2018