

File No#: 1000509

Patient Name: AILEEN SEGARRA

Date of Birth(الميلاد): MAY 04 1985

Nationality(الجنسية): FINELAND

Marital Status (الجماعية): M

E.MAIL: efnicegarr@spacal.com

How Did You Know About Us?

Date: 2/5/2018

اسم المريض:

Gender (الجنس): M / F

Occupation (الوظيفة):

Phone No. (الهاتف):

	الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details أنا كتبت الإجابة نعم أكثر بالتفصيل
	Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حالية؟	Yes/No نعم / لا	
	Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	Yes/No نعم / لا	
	Allergies هل لديك أي حساسية؟	Yes/No نعم / لا	
	Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطى من أي امراض؟	Yes/No نعم / لا	
CVS	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	Yes/No نعم / لا	
	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	Yes/No نعم / لا	
	Anemia, Leukemia (لحمية فقر الدم)، لويميا (سرطان الدم)	Yes/No نعم / لا	
RS	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، امراض اخرى	Yes/No نعم / لا	
GU	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تتعاطى من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	Yes/No نعم / لا	
	*for ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems **للمسءاء: هل انت حامل؟ هل تتعاطين اي مانع للحمل؟ هل تتعطين من مشكل في الدورة الشهرية؟	Yes/No نعم / لا	
GI	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي ، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى	Yes/No نعم / لا	
	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟	Yes/No نعم / لا	
CNS	Epilepsy, or any other neurological disease هل تتعاطى من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No نعم / لا	
ENDO	Thyroid Diseases, Diabetes هل تتعاطى من مرض السكري، او امراض الغدة الدرقية؟	Yes/No نعم / لا	
Other	Other conditions? أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الايدز، فيروس الحلا البسيط	Yes/No نعم / لا	



### 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.

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 العلمية.

أتفهم أنه ليس هنالك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما أتفهم أن هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و أتفهم تماما كافة الأخطار 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 هنالك رسوم الابدئي 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 و لا 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:

For Doctor's Use Only لاستعمال الطبيب فقط

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

Chief Complaint: Referred by one colleague  
after 2 hours of trying to pull out wisdom  
tooth

Medical History السجل الطبي

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

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

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

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

Radiography: P.A X-Ray

Examination : Two R.R.

Diagnosis: R.R.

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	Aileen,Santos,Segarra	IDN:	784198510579265	Mother Name:	
Name (Ar)	ايلين سانتوس سيجارا	Card Number:	087051354	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality (Ar):	PHL الفيلين	Family ID:	
Title(Ar):		Sex:	F	Sponsor Type:	06
Issue Date:	10/01/2018	Date of Birth:	01/05/1985	Sponsor Name:	
Expiry Date:	13/12/2019	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Marital Status:	02	Residency Number:	20120172713073	Residency Expiry:	13/12/2019
Residency Type:	02	Occupation:	02	Occupation Field:	00
ID Type:	IL				

بيتر باس لخدمات متكبة المعاملات في م م



Photo

Signature Image

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

5/2/2018



## SICK LEAVE CERTIFICATE

Hospital: **ORCHID MEDICAL CENTER**

Date of issue: **02 MAY 2018**

Cert No: **OMC1/2018/1013**

Patient's Name: <b>Aileen Santos Segarra</b>	File Number: <b>1000509</b>
Age: <b>33</b>	Sex: <b>FEMALE</b>


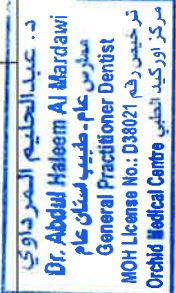
### **Unfitness**

This is to certify that the above patient visited **MEDICAL CLINIC** on **02/MAY/2018**

The patient is unfit to work from **03/MAY/2018** until **03/MAY/2018**.

### **Diagnosis: Fracture of Tooth (Traumatic)**

### **Comments:**

Doctor's Name: <b>Dr. Abdelhalim Al Mardawi</b>	License Number: <b>D38021</b>
Signature : 	Stamp : 

### **Notes :**

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

للاستعمال الرسمي : تصديق على صحة توقيع وحكم 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



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 300.00	RECEIPT VOUCHER (No. REC-000584)	Date: 02-05-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000509 - Aileen Segarra - 000		
The sum of Dhs. <b>Three Hundred Only</b>		
By Cash <b>300.00</b> / By Credit Card <b>0.00</b> / By Cheque <b>0.00</b> / By Bank Transfer <b>0.00</b> / By Allocated <b>0.00</b>		
Bank:	Cheque No.	Date: 02-05-2018
Being		
Made by <del>Ghada</del>	<i>GHASIA</i>	

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)

[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)

*Jan*

*Qtm*