

Date: 28/11/2018 / 2018  
Patient Name: Salem Rashed Alghafeli  
Date Of Birth: 10/07/1996 Gender: (الجنس) M / F  
Nationality: UAE  
Address: Sharjah  
E-MAIL: .....  
File Number: 1001255  
اسم المريض: .....  
Marital Status: (الحالة الاجتماعية): .....  
Phone No. (رقم الهاتف): 0501033003  
How did you know about us: .....

Medical Condition	الحالة الطبية	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم أذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثاً؟		لا	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟		لا	
Allergies هل لديك أي حساسية؟		لا	
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاليت من أي أمراض؟		لا	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب		لا	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟		لا	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لوكيميا (فقر الدم)		لا	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى		لا	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاليت من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟		لا	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تعالطين أي مانع الحمل؟ هل تعالطين من مشاكل في الدورة الشهرية؟		لا	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى		لا	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟		لا	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاليت من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟		لا	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاليت من مرض الغدة الدرقية؟		لا	
Other conditions HSV, HIV...etc	هل تعاليت من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا السسيط etc	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 any procedures which are advisable in their professional judgment.
- I understand that no warranty or guarantee has been made to me as a result or cure just as there may be risks and hazards in continuing my present condition without treatment.
- I understand that there are also risks and hazards to the performance of the diagnostic and/or surgical procedures.
- I realize that common surgical or diagnostic procedures are potential for an infection, swelling, bleeding, pain or allergic reaction.
- I understand that there are minimal fees to be paid per service and that all fees must be paid in full before the completion of treatment.
- I consent that all medical history and information I provided in my medical file is true and I understand that any information I provide regarding my medical status will be kept confidential and anonymous.
- I believe that I have sufficient information to give this consent. I certify that this form has been fully explained to me and that I have read it and I understand its' content and I sign it with all my will.

Patient's Signature/ Guardians (In case of minors):

Date: ... / ... / .....

### نموذج اقرار طبي

أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.

أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزيدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

أفوض الطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.

أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو الجراحية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات والإجراءات العلاجية و الجراحية.

و أؤكد أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي إلى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الحساسية

أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت لي قمتي للملف صحيحة. و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا يمكن الإطلاع عليها دون موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الأقرار و أن هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكامل إرادتي

توقيع المريض / ولي الأمر (من دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... / .....

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (دم فصية):
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (دم ضغط):	/	Blood Sugar (سكر الدم):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية: Allergies

الأدوية: Medications

الحمل: Pregnancy

الجراحات السابقة، عمليات المستشفى: Previous Surgeries, Hospitalization

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis





REDAD DATA

cAEAIOEBAA83ODQxO

Public Data Readed Suc

SHOW READED DATA

Confirm 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	Salem,Rashed,Mohammed,Hadroum,Alghfeli	IDN:	784199681575769	Mother Name:	Sadia
Name (Ar)	سالم راشد محمد حدروم الغفلي	Card Number:	090149750	Mother Name (Ar):	سادية
Title:		Nationality (Ar):	ARE	Family ID:	151001580
Title(Ar):		Nationality	الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	23/07/2018	Sex:	M	Sponsor Type:	
Expiry Date:	23/07/2028	Date of Birth:	10/07/1996	Sponsor Name:	
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	98	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

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

11/28/2018



مركز أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

367.50

RECEIPT\_VOUCHER (No.REC-001827)

Date:28-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001255 - SALEM ALGHFELI - 971501033003

The sum of Dhs. Three Hundred Sixty-Seven Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 367.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 28-11-2018

Being

Made by FATEH 

**Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae**  
**www.omc1.ae**