



File No:

Date: 18/03/19

Date: 18/03/2019

File Number: 1001780

Patient Name: Charibelle Carganilla

اسم المريض:

Date Of Birth: 09/12/1987

Gender: M / F

Marital Status: Single

Nationality: Filipino

Occupation: Sales

Address: Ajman, UAE

Phone No: 0503875392

E-MAIL: Charibelle1987@gmail.com

How did you know about us: google search

الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم انكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حثيثاً؟	no	
Corticosteroids/immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟	no	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	no	
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	no	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتيزم، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	no	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	no	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لوكيميا	no	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبك، المل، أمراض أخرى	no	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	no	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي منع للحمل؟ هل تعاني من مشاكل في الدورة الشهرية؟	no	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	no	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	no	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	no	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	no	
Other conditions HSV, HIV...etc	no	



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.

I am fully aware that any payments is NON refundable

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

Date: 18/03/2019

نموذج اقرار طبي

أوافق و أسمح للطبيب بمعالجة حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المومل.

أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي 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 تعمين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التشخيصية 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 و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و أدرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالام أو الصلابة

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 لى قمتي بالمف صحيحة و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الإطلاع عليها دون موافقتي

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

انا على دراية تامة أن أي مدفوعات للمركز هي غير قابلة للاسترداد

توقيع المريض / ولي الأمر (لمن هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... /

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن): Kg (الوزن): Blood Type (نمط الدم):
Pulse (النبض): ppm (النبض): Blood Pressure (ضغط الدم): / (ضغط الدم): Blood Sugar (سكر الدم):

Chief Complaint سبب زيارة المريض للعيادة

Disease History التاريخ المرضي:

Allergies الحساسية

Medications الأدوية

Pregnancy الحمل

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة، أبحاث المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تدخين العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

Examination الفحص

Radiography الصور الشعاعية

Diagnosis التشخيص

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
18/3/19	ortho dentric Treatment cross bite Six / wire ref	3500 Paid		
17/4/19	change ties			
20/6/2019	ortho full			
10/7/2019	Act			
11/8/2019	Pl. from Dr Mohammad No Molar Tube at 6/6 Wrong bracket position at 11 Edge to Edge bite need lower ant. retraction already missing need for the Extraction Extraction done of 14 Bandy at 6/6 -016 L/L N.I.F: ligature RC is lower 2 L/pm arch			
26.8.2019				

REDAD DATA

cAEAlOEBAa83ODQxO*

Confirm Data

Public Data Readed Suc

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	Charibelle Tanare, ^{***} Carganilla	IDN:	784198725310282	Mother Name:	
Name (Ar)	شاريبيللى تانارى كارجانيليا	Card Number:	085091174	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	PHL	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الفلبين		
Issue Date:	27/08/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	02
Expiry Date:	23/08/2019	Date of Birth:	02/02/1987	Sponsor Name:	محمد احمد راشد رجب الشقى
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	410643
Residency Type:	07	Residency Number:	50120177006452	Residency Expiry:	23/08/2019
ID Type:	IL	Occupation:	5121	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

3/18/2019



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 3,675.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003010)

Date:18-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001780 - charibelle carganilla - 971502868635

The sum of Dhs. Three Thousand Six Hundred Seventy-Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 3,675.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 18-03-2019

Being BRACES DONE + VAT

Made by Hiba

- * Any Advance refund will be accepted within 48 hours for 25% of deduction from the total amount.
2. Treatment includes lab cost is non-refundable.
3. After 48 hours No refundable accepted

Confirmed by : 1001780 - charibelle carganilla - 971502868635

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

www.omc1.ae

TREATMENT PLAN ORTHODONTICS(DR.ALCHINO)

CIH.F:000008	PATIENT 'S DETAILS- DATE:18MAR2019-		OCCID F:1001780	
PATIENT S' NAME	DOB-OLD	NATIONALITY	SEX	G.DISEASE
CHARIBELLE TANARE CARGANILLA	2/2/87	فلبين	F	
	YEARS			MOB

Main complain: anterior cross bite

PHOTOGRAPHY
PERAPICAL
PANORAMA
CT

TREATMENT CHART

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
CR/BR																											
IMP																											
MEMBRANE-B.G																			*								
DIAGNOSIS																											
UPPER																	48	47	46	45	44	43	42	41	40	39	38
LOWER																	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18
DIAGNOSIS																											
MRN-B.G																											
IMP																											
CR/BR																											

1	TREATMENT	UNIT 'S COST	UNITS	TOTAL COST
2	EXTRACTION			
3	IMPLANT-LGACY/ZIMMER			
4	MEMBRANE			
5	BONE GRAFT			
6	CROWN/BRIDGE(COVINTIONAL-DEGITAL)			
7	TEMPORARY/PROVISION/ MARYLAND BRIDGE(M.BR)			
8	SINUS LEFT			
	TOTAL			

TIEME MANAGEMENT		
1	EXTRACTION	
2	BACKET SYSTEM	18MAR2019
3	LOADING	PROVISION PERMENANT

MEDICATION		
1	AMOCLAN	
2	ROVAMYCIN	
3	VOLTRIN	
4	SOLUCORTEF	
5	GENGIGEL	

PAYMENTS		
18MAR2019	3500	PAID
ORTHO ACTIVATION	100 FOR EVERY EACH VISIT +RETAINER COST	R.BALANCE





مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 105.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003194)

Date:02-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001780 - charibelle carganilla - 971502868635

The sum of Dhs. **One Hundred Five Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **105.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 02-04-2019

Being **BRACES FOLLOW UP + VAT**Made by **Hiba**

- 1.Any Advance refund will be accepted within 48 hours for 25% of deduction from the total amount.
- 2.Treatment includes lab cost is non-refundable.
- 3.After 48 hours No refundable accepted

Confirmed by : 1001780 - charibelle carganilla - 971502868635

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



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 105.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-003381)

Date: 17-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001780 - charibelle carganilla - 971502868635

The sum of Dhs. One Hundred Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 105.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 17-04-2019

Being BRACES FOLLOW UP + VAT

Made by Super Administrator

1. Any Advance refund will be accepted within 48 hours for 25% of deduction from the total amount.
2. Treatment includes lab cost is non-refundable.
3. After 48 hours No refundable accepted

Confirmed by : 1001780 - charibelle carganilla - 971502868635

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 105.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003583)

Date:05-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001780 - charibelle carganilla - 971502868635

The sum of Dhs. One Hundred Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 105.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 05-05-2019

Being BRACES FOLLOW UP EXTRA VISIT + VAT

Made by Rana

- 1.Any Advance refund will be accepted within 48 hours for 25% of deduction from the total amount.
- 2.Treatment includes lab cost is non-refundable.
- 3.After 48 hours No refundable accepted

Confirmed by : 1001780 - charibelle carganilla - 971502868635

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 105.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004123)

Date:20-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001780 - charibelle carganilla - 971502868635

The sum of Dhs. **One Hundred Five Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **105.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 20-06-2019

Being **BRACES FOLLOW UP + VAT**

Made by **Hiba**

- 1.Any Advance refund will be accepted within 48 hours for 25% of deduction from the total amount.
- 2.Treatment includes lab cost is non-refundable.
- 3.After 48 hours No refundable accepted

Confirmed by :1001780 - charibelle carganilla - 971502868635

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



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 150.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004600)

Date:01-08-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001780 - charibelle carganilla - 971502868635

The sum of Dhs. One Hundred Fifty Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 150.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No. Date: 01-08-2019

Being **Extraction (Simple)**

Made by **Rana**

- 1.Any Advance refund will be accepted within 48 hours for 25% of deduction from the total amount.
- 2.Treatment includes lab cost is non-refundable.
- 3.After 48 hours No refundable accepted

Confirmed by : 1001780 - charibelle carganilla - 971502868635

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