

File No: 1002903

Date: 18 / 09 / 2019

Date: 18 / 09 / 2019 File Number: 1002903

Patient Name: MELCHOR A. ALEJO اسم المريض

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 06 / 01 / 69. Gender (الجنس): M / F Marital Status (الحالة الاجتماعية): SINGLE

Nationality (الجنسية): FILIPINO Occupation (الوظيفة): STAFF ADMIN

Address (العنوان): TIGER BLVD. TAGUIG CITY, PHILIPPINES Phone No. (رقم الهاتف): 09172285813

E-MAIL: s.a.chi.c.m.gjela@gmail.com How did you know about us: training relative

التاريخ الطبي Medical History		Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم انظر بالتفصيل
الحالة الطبية Medical Condition			
هل تناولت أي أدوية أو تلقيت أي علاجات حديثة؟ Recent or current drugs/Medical Treatment	No	No	
هل تناولت أي مسكنات أو مخدرات؟ Corticosteroids/Immunosuppressant	No	No	
هل لديك أي حساسية؟ Allergies	No	No	
هل أجريت أي عمليات جراحية خطيرة؟ Surgical Operations, Serious illness	No	No	
هل أجريت أي عمليات جراحية أو تلقيت أي علاجات حديثة؟ Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease	No	No	
هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تناولت أي مميعات للدم؟ High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants	YES	YES	HIGH BLOOD PRESSURE
هل لديك فقر الدم، أو كدمات (مناطق الدم)؟ Anemia, Leukemia	No	No	
هل لديك مرض الربو، التهاب الشعب الهوائية، التهاب رئوي، أو مرض تنفسي آخر؟ Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other	No	No	
هل تناولت أي أدوية موصوفة أو غير موصوفة؟ Renal, Urinary, Sexually transmitted disease	No	No	
هل لديك مشاكل في الحمل أو الولادة؟ Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems	N/A	N/A	
هل لديك مرض الكبد، التهاب الكبد، أو مرض كبد آخر؟ Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases	No	No	
هل لديك مرض التهاب القولون، مرض التهاب الأمعاء، أو مرض هضمي آخر؟ Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other	No	No	
هل لديك مرض عصبي أو مرض تنفسي آخر؟ Epilepsy, or any other neurological disease	No	No	
هل لديك مرض الغدة الدرقية، مرض السكري، أو مرض التهاب الكبد؟ Thyroid Diseases, Diabetes	No	No	
هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ Other conditions HSV, HIV... etc	No	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: ... / ... /

نموذج اقرار طبي

- أوافق و أسمح للطبيب بمعالجة حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و الموهول.
- 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 الطبية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجريبية المقدمة لي، كما أتفهم الأضرار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الأضرار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالتهاب 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 ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت لي فتحتي للملف الصحية و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الاقرار 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 (من هم دون السن القانونية):

18 SEPT. 2019
..... / ... /



استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (نمى الدم):	
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (نمى الدم):	/	Blood Sugar (نمى السكر):	

سبب زيارة المريض للمعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History	
الحساسيات: Allergies	
الأدوية: Medications	
الحمل: Pregnancy	
عمليات سابقة، Hospitalization, Surgeries عمليات سابقة، Hospitalization, Surgeries	
Smoking (التدخين):	Y / N
Alcohol (نمى الكحول):	Y / N
Drugs (نمى العقاقير):	Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO

Confirm Data

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Public Data Verification report

File
 Non-Modifiable Data (SF3)
 Modifiable Data (SF5)
 Holder Signature Image (SF7)
 Photography
 Home Address
 Work Address

Valid Signature?

False
 False
 False
 False
 False
 False

Card Holder Information

Name	Melchor,Deligero,,Alejo	IDN:	784196931695850	Mother Name:	
Name (Ar)	ميتشور ديليجيرو,اليجو	Card Number:	094692753	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	PHL	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الفيلين		
Issue Date:	22/05/2019	Sex:	M	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	02/05/2021	Date of Birth:	06/01/1969	Sponsor Name:	شركة الاتحاد الهندسي (خطيب وعلمي) ذ م م
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120082294522	Residency Expiry:	02/05/2021
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

9/18/2019



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 75.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005128)

Date:18-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002903 - MELCHOR 0 - 971562285813

The sum of Dhs. Seventy-Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 75.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 18-09-2019

Being COMPOSITE FILLING 50 % DISCOUNT STAFF

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 : 1002903 - MELCHOR 0 - 971562285813

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