



File No: .....

Date: 21/2/2020

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

File Number: 1004087

Patient Name: Aisha Mubarak

اسم المريض: عائشة مبارك

Date Of Birth: 19 / 7 / 1997

Gender: M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Nationality: (الجنسية): Emirati

Occupation: (الوظيفة):

Address (العنوان): .....

Phone No. (رقم الهاتف): 0527790030

E-MAIL: .....

How did you know about us: Google

| التاريخ الطبي Medical History   |     | Yes/No<br>نعم / لا | If 'YES' give details<br>إذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل |
|---|-----|--------------------|---|
| Medical Condition<br>الحالة الطبية  |     |                    |   |
| Recent or current drugs/Medical Treatment<br>هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟   | No  | No                 |   |
| Corticosteroids/Immunosuppressant<br>هل تتعاطى أي مثبّطات للمناعة؟  | No  | No                 |   |
| Allergies<br>هل لديك أي حساسية؟   | No  | No                 |   |
| Surgical Operations, Serious Illness<br>هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاليت من أي أمراض؟  | No  | No                 |   |
| Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease<br>جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب | No  | No                 |   |
| High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants<br>هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟  | -   | -                  |   |
| Anemia, Leukemia (سرطان الدم)<br>انيميا (فقر الدم)، لوكميا (سرطان الدم)   | -   | -                  |   |
| Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other<br>أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى   | -   | -                  |   |
| Renal, Urinary, Sexually transmitted disease<br>هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟  | -   | -                  |   |
| Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems<br>هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعالين من مشاكل في الدورة الشهرية؟   | Yes | Yes                |   |
| Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases<br>التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى   | -   | -                  |   |
| Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other<br>قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟   | -   | -                  |   |
| Epilepsy, or any other neurological disease<br>هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟  | -   | -                  |   |
| Thyroid Diseases, Diabetes<br>هل تعاني من مرض السكرى أو أمراض الغدة الدرقية؟  | -   | -                  |   |
| Other conditions<br>Other conditions HIV, HIV...etc<br>هل تعاني من أي أمراض أخرى؟<br>فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط   | -   | -                  |   |

### 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: ... / ... / .....

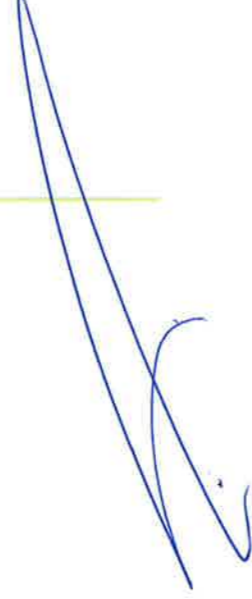
### نموذج أقرار طبي

- أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المعول.
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الاضافية قد تكون ضرورية من أجل تزيدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أمورا 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 التجميلية المقدمة لي. كما اتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الاجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالم 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 قمته لدي فنتحي الملف صحية و اتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستنفى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر ان لدي المعلومات الكاملة لتقديم 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

|                          |     |  |    |  |
|--------------------------|-----|--|----|--|
| الوزن (الوزن):<br>Weight | Kg  | الطول (الطول):<br>Height               | cm | نوعية الدم (نوعية الدم):<br>Blood Type |
| النبض (النبض):<br>Pulse  | ppm | ضغط الدم (ضغط الدم):<br>Blood Pressure | /  | سكر الدم (سكر الدم):<br>Blood Sugar    |

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

عمليات سابقة ، ادخال للمستشفى  
Previous Surgeries, Hospitalization

التدخين (التدخين): Y / N Smoking

تعاطي الكحول (الكحول): Y / N Alcohol

تعاطي العقاقير (تعاطي العقاقير): Y / N Drugs

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No: .....

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....



REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO\*

Public Data Readed Succ

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            | Aysha,Mubarak,Taiseer,Jasem,Alotaiba | IDN:              | 784199715940435                 | Mother Name:      |           |
| Name (Ar)       | عائشة مبارك تيسير جاسم العتيبة       | Card Number:      | 090705422                       | Mother Name (Ar): |           |
| Title:          |                                      | Nationality (Ar): | ARE<br>الإمارات العربية المتحدة | Family ID:        | 101002947 |
| Title(Ar):      |                                      | Sex:              | F                               | Sponsor Type:     |           |
| Issue Date:     | 04/09/2018                           | Date of Birth:    | 19/07/1997                      | Sponsor Name:     |           |
| Expiry Date:    | 04/09/2023                           | Husband IDN:      |                                 | Sponsor Number:   |           |
| Marital Status: | 02                                   | Residency Number: |                                 | Residency Expiry: |           |
| Residency Type: |                                      | Occupation:       | 98                              | Occupation Field: | 99        |
| ID Type:        | ID                                   |                   |                                 |                   |           |



Photo

Signature Image

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

2/21/2020