



File No: .....

Date: 22 / 3 / 2020

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

Patient Name: Muhammad Muneed Jafri

File Number: 10042915

اسم المريض:

Date Of Birth: 15/1/1996 Gender: M / F

(الحالة الاجتماعية): Single

Nationality: Saudi Occupation: Sales man

Address: Al-Khan Shadiah

Phone No. (رقم الهاتف): 0555889

E-MAIL: .....

How did you know about us: .....

| التاريخ الطبي | Medical Condition   | الحالة الطبية | Yes/No<br>نعم / لا | If 'YES' give details<br>إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل |
|---------------|---|---------------|--------------------|---|
|               | Recent or current drugs/Medical Treatment<br>هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟   |               |                    |   |
|               | Corticosteroids/Immunosuppressant<br>هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟   |               |                    |   |
|               | Allergies<br>هل لديك أي حساسية؟   |               |                    |   |
|               | Surgical Operations, Serious Illness<br>هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟   |               |                    |   |
|               | Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease<br>جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب |               |                    |   |
|               | High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants<br>هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مبيعات للدم؟  |               |                    |   |
|               | Anemia, Leukemia (فقر الدم)، لو كيميا (سرطان الدم)  |               |                    |   |
|               | Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other<br>أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى   |               |                    |   |
|               | Renal, Urinary, Sexually transmitted disease<br>هل تعاني من أي أمراض بولية أو تناسلية؟  |               |                    |   |
|               | Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems<br>هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟   |               |                    |   |
|               | 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 الغدة الدرقية؟  |               |                    |   |
|               | Other conditions<br>هل تعاني من أي أمراض أخرى؟<br>HIV, HSV...etc<br>فيروس الإيدز، فيروس الحلا السسيط etc  |               |                    |   |

### 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 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 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.
- أقرض 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 العلاج و الإجراءات الطبية أو التخيلية 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 أدرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي 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 لل ملف صحية، و أتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر ان 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):

التاريخ: ... / ... / .....



File No: .....

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

Vital Signs  
 الأوتسورات الحيوية  
 Weight (الوزن): Kg  
 Height (الطول): cm  
 Pulse (النبض): ppm  
 Blood Pressure (الضغط الدم): /  
 Blood Type (نمىة 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 ، اءخال للمستشفى

Smoking (التدخين) : Y / N

Alcohol (الكول) : Y / N

Drugs (عقاقير) : Y / N

General & Clinical Findings  
 الملاحظات العامة و السريرية

Examination  
 الفحص

Radiography  
 الصور الشعاعية

Diagnosis  
 التشخيص



REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO

Public Data Reached 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            | Murad,Haitham,Mohammad,,Lafee | IDN:              | 784199715031078 | Mother Name:      |                        |
| Name (Ar)       | مراد هيثم محمد لافي           | Card Number:      | 091964658       | Mother Name (Ar): |                        |
| Title:          |                               | Nationality:      | JOR             | Family ID:        |                        |
| Title (Ar):     |                               | Nationality (Ar): | الأردن          |                   |                        |
| Issue Date:     | 27/11/2018                    | Sex:              | M               | Sponsor Type:     | 06                     |
| Expiry Date:    | 25/11/2020                    | Date of Birth:    | 15/01/1997      | Sponsor Name:     | دار الطيب للتطور (فرع) |
| Marital Status: | 01                            | Husband IDN:      |                 | Sponsor Number:   | 00                     |
| Residency Type: | 02                            | Residency Number: | 20120182595446  | Residency Expiry: | 25/11/2020             |
| ID Type:        | IL                            | Occupation:       | 96              | Occupation Field: | 00                     |



Photo

Signature Image

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

3/22/2020