



File No: .....

Date: / /

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

File Number: ..... ١٥٥٠١٠٦٤٦

Patient Name: Dina Walid Al Smadi

اسم المريض: ..... ١٥٥٠١٠٦٤٦

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 9/1/1987 M / F

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married

Nationality (الجنسية): Jordanian

Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): Sharjah

Phone No. (رقم الهاتف): 0545310808

E-MAIL: .....

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

التاريخ الطبي Medical History	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
الحالة الطبية Medical Condition		
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 امراض؟	No	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض 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 (فقر الدم)	No	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، امراض اخرى	No	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من اي امراض في الكلى او امراض بولية او تناسلية؟	No	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين اي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	No	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي ، الصفراء، اي امراض كبدية اخرى	No	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية أخرى؟	No	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع او اي امراض في الجهاز العصبي؟	No	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري او امراض الغدة الدرقية؟	No	
Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط 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: 30.15.2020



### 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 بالمعالج الأمثل و الخدمة الأفضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف 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 لتنتج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجريبية 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 الجراحية و العلاجية.

و أدرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي لي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالام 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 فتحي الملف صحفية و أتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الإطلاع 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 (معن دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... / .....

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

Vital Signs المؤشرات الحيوية

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

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية: Allergies

الأدوية: Medications

الحمل: Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة ، ابحال للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاقي العقاقير): Y / N

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

cAEAlOEBA830DQxO

Confirm Data

Public Data Readed Succ

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	Dina Walid, Ahmad Alsmadi	IDN:	784198758438638	Mother Name:	
Name (Ar)	دينا وليد احمد الصمادي	Card Number:	092885943	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	JOR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الأردن		
Issue Date:	30/01/2019	Sex:	F	Sponsor Type:	08
Expiry Date:	27/01/2022	Date of Birth:	09/01/1987	Sponsor Name:	مدارس الإمارات الوطنية
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	07	Residency Number:	30120197005061	Residency Expiry:	27/01/2022
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

5/30/2020

**Registration form**

Name: Jessica Silva Date: 16.5.2020  
 Address: .....  
 E-mail Address: ..... Cell phone: 058991917  
 Occupation: ..... Occupation address: .....  
 Religion: .....  
 Marital: ..... Kids: .....  
 Date of Birth: ..... Gender: Male  Female  \*(Pregnant or breastfeeding)   
 Age: .....  
 Nationality: .....

-Scale from one to ten, how much you're happy with your current weight?

-What is your weight loss or gain goal? .....

-Scale from one to ten how much you're ready?

- What are the barriers? .....

-Have you ever visited a Nutritionist? Why? Why you changed Him/her?  Yes  No

.....  
 -Who motivated you to visit a nutritionist? .....

VDG / دة كة ايس / - كندة

-Do you have any diseases? [DM, HTN ...etc] (mention)	Yes	No
-Have you made any surgery? (mention)	Yes	No
-Do you have any GI tract problem? [Constipation, Diarrhea ...etc] (mention)	Yes	No
-Do you take any medication/drug or Supplement? [Vitamins, minerals, and herbs]? <u>mg / vrb</u>	Yes	No
-Do you take protein supplement? What is the potion?	Yes	No
-Are you smoker? How many cigarette/d?	Yes	No
-Do you have any food allergies? (mention)	Yes	No
Vegetarian: Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Alcohol: Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Energy drinks: Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>

-Do you play sport? Which type? How many times /wk? How long?  Yes  No

.....  
 -Who is your trainer? .....

Weight (kg): ..... Height (cm): .....

Fat (kg): .....

SMM (kg): .....

BMI (kg/m<sup>2</sup>): .....

**Dietitian: Nourhan Albazna**

Name:

General eating pattern

24 hour record

الوجوه / الوجوه

مطبخية / مطبخية

مطبخية / مطبخية

مطبخية / مطبخية

مطبخية / مطبخية

مطبخية / مطبخية

12:00 غداء

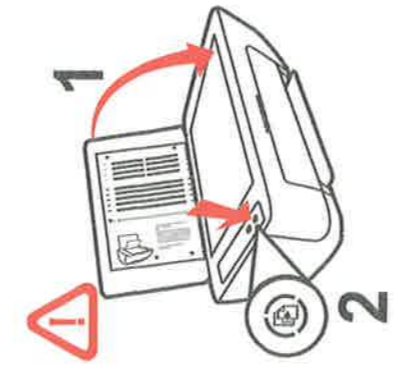
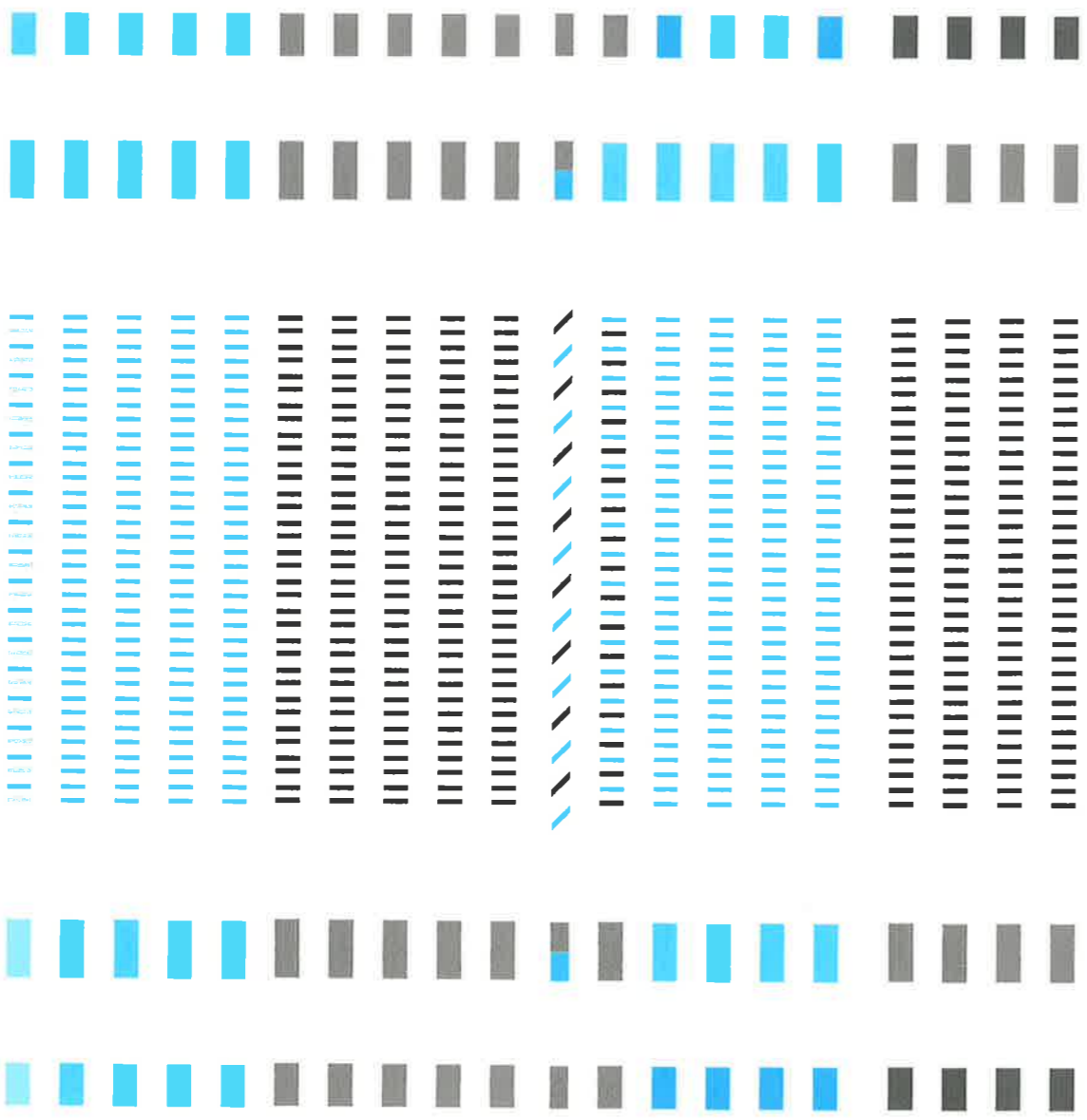
مطبخية / مطبخية

مطبخية / مطبخية

مطبخية

Dietitian: Nourhan Albazna





**IMPORTANT!**

**Printer Alignment Page:**

You must scan this page for best print quality.

**STEP 1:** Lift the lid. Place this alignment page face down on the right front corner of glass. Close the lid.

**STEP 2:** Press either the black or color copy button to scan alignment page for best print quality.

