

Patient Information - معلومات خاصة بالمريض

Last Name - اسم العائلة

Father's Name - اسم الأب

First Name - الاسم الأول

Saudi ID#

رقم الهوية الوطني

Phone No in the U.S.

رقم الهاتف بأمريكا

Phone No in the U.S.

رقم الهاتف بأمريكا (2)

Patient Address in the United States - عنوان المريض بالولايات المتحدة الأمريكية

Street Address - عنوان الشارع

City - المدينة

State - الولاية

Zip Code - الرمز البريدي

Patient Address in Saudi Arabia - عنوان المريض بالمملكة

Ph#. in KSA رقم الهاتف بالمملكة

Emergency Contact "for the patient" - شخص يمكن الاتصال به في حالة الطوارئ

Name - الاسم

Phone No. - رقم الهاتف

Relation - الصلة

Address - العنوان

Signature/توقيع: _____

Date/التاريخ: ____/____/____

معلومات المرافق

معلومات خاصة بمرافق المريض [وفق تعميم الوزارة رقم 140831/57/18 بتاريخ 8/7/1431 هـ يجب أن يكون المرافق سعودي ، لا يقل عن 18 عاماً، و من العائله ، بصحة جيدة ، في حالة المرأة المرافقة يشترط أن لا تكون حاملا و أن يكون لدى المرافق وثيقة تأمين شامل صالح للعلاج في الولايات المتحدة أو كندا

Last Name - اسم العائلة

Father's Name - اسم الأب

First Name - الاسم الأول

Saudi ID# رقم الهوية الوطني

Phone No in KSA
رقم الهاتف بالمملكة

Phone No. In USA
رقم الهاتف بأمريكا

Relation - الصلة

Address in Saudi Arabia - عنوان المرافق بالمملكة .

Person can be contacted in case of emergency in the Kingdom of Saudi Arabia

شخص يمكن الاتصال به في حالة الطوارئ في المملكة العربية السعودية

Name - الاسم

Phone No. - رقم الهاتف

Relation - الصلة

Address - العنوان

Person can be contacted in case of emergency in the United States

شخص يمكن الاتصال به في حالة الطوارئ في الولايات المتحدة الأمريكية

Name - الاسم

Phone No. - رقم الهاتف

Relation - الصلة

Street Address - عنوان الشارع

City - المدينة

State - الولاية

Zip Code - الرمز البريدي

Signature/توقيع: _____

Date/التاريخ: ____/____/____