



K.K.U.H.

معلومات أولية عن المريض

INITIAL PATIENT'S PROFILE

(الاسم الأول) (اسم الأب) (اسم الجد) (العائلة) (Family Name) (Grandfather's Name) (Father's Name) (1st Name)

Patient's Full Name: : الاسم الرباعي

Date of Birth (Age): تاريخ الميلاد (العمر): Place of Birth: مكان الولادة:

Sex: الجنس: Marital Status: الحالة الاجتماعية:

Occupation: المهنة: Nationality: الجنسية:

Religion: الديانة: Educational Level: المستوى التعليمي:

Telephone No. – Work: تليفون العمل: Place of Work: جهة العمل:

For patients from Riyadh:

للمرضى من داخل الرياض:

Telephone No. – Home: تليفون المنزل: Neighbor: الحي السكني:

Mailing Address if available: العنوان البريدي ان وجد:

For patients from outside Riyadh:

للمرضى من خارج الرياض:

Telephone No. – Home Town: تليفون الاتصال ببلدتك: City: البلدة:

Telephone No. while in Riyadh: تليفون الاتصال خلال الاقامة بالرياض:

Mailing Address if available: العنوان البريدي ان وجد:

Referred from (.....) (.....) محول من (.....)

Referred to (.....) (.....) محول إلى (.....)

Category: Iqama إقامة Passport جواز سفر حفيظة نفوس نوعها: I.D. No.: رقم الهوية:

Place of Issue: مكان الاصدار: Date of Issue: تاريخ الاصدار:

For Non - Saudis:

للمرضى غير السعوديين:

Name of Sponsor: اسم الكفيل: Tel. No. of Sponsor: رقم تليفون الكفيل:

Address of Sponsor: عنوان الكفيل:

Remarks: ملاحظات:

In case of emergency:

الاتصال في حالة الطوارئ:

Name of the Person to be Contacted: اسم الشخص الذي يمكن الاتصال به:

His Telephone No.: رقم تليفونه: Relationship: صلة القرابة:

The above information is correct and reliable. المعلومات المدونة اعلاه صحيحة وعلى مسؤوليتي.

I do consent for available treatment and investigations rendered to me by K.S.U.H. كما أنني أوافق على المعالجة والفحوصات التي ستجرى لي من قبل

المستشفيات الجامعية التابعة لجامعة الملك سعود.

Patient's Signature: توقيع المريض: Registration Clerk's Name: اسم موظف التسجيل:

Date: التاريخ: