



معلومات أولية عن المريض
INITIAL PATIENT'S PROFILE

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

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
Mobile no: : رقم الجوال

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 الإقامة 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