

Consent For Release Of Medical Information الموافقة على الإفصاح عن المعلومات الطبية								
Patient Name	:	Aswathi Vipin		Emirates ID	:	784-2543-5254612-1		
File No	:	1	DOB	:	1991-11-21	Nationality	:	Indian
Gender	:	Female	Doctor's Name	:	Alan Alfred	Date	:	2023-11-28

I, the Undersigned,do hereby authorise the National Health Insurance Company - Daman to have access to and take copies of my medical records at any Hospital, Clinic or ,Medical Provider or any Insurance Company.

أنا الموقع أدناه أفوض الشركة الوطنية للتأمين الصحي - ضمان بالوصول إلى سجلاتي الطبية وأخذ نسخ منها في أي مستشفى أو عيادة أو مقدم خدمة طبية أو أي شركة تأمين.

The National Health Insurance Company - Daman will ensure the confidentiality of any information it receives in relation to this consent as required by the Law.

ستضمن شركة التأمين الصحي الوطنية - ضمان سرية أي معلومات تتلقاها فيما يتعلق بهذه الموافقة وفقًا لما يقتضيه القانون.

Name	Aswathi Vipin	اسم
Parent/Guardian/Attorney of:	11	الوالد/ الوصي/ المحامي:
Medical Record No.:	1	رقم السجل الطبي:
Daman/Thiqa Card No.:		رقم بطاقة ضمان/ثقة:
Mobile Number.:	971522058818	رقم الهاتف المحمول:
Date:	2023-11-28	تاريخ: