



RCMC REFERRAL – PATIENT’S HISTORY FORM

PATIENT’S NAME: _____

AGE : _____ Gender: Male Female

NATIONALITY: Saudi non-Saudi

REFERRING MEDICAL FACILITY: _____

TRANSFER AUTHORIZED BY:

Hospital Administrator

Department Head

Attending Physician

MODE OF TRANSPORT: Ambulance Medivac Private

INFORMATION OF IMMEDIATE FAMILY MEMBER:

Name: _____

Kinship: _____ Signature: _____

Telephone/Mobile Number: _____

Transfer Coordinator: _____

Telephone/Cellular Phone/Fax Number: _____

Patient Accompanied By: _____

نموذج تحويل إلى المركز الطبي – سجل المريض

اسم المريض: _____

العمر: _____ الجنس: ذكر أنثى

الجنسية: سعودي غير سعودي

المرفق الطبي المحال منه المريض: _____

تم التصريح بالتحويل عن طريق:

إدارة المستشفى

رئيس القسم

الطبيب المعالج

وسيلة النقل: إسعاف إخلاء طبي خاصة

تعهد ولي أمر المريض:

أتعهد بعدم ممانعتي من نقل المريض _____ حال انتهاء

فترة علاجه بالمركز الطبي للهيئة الملكية إلى المستشفى المحال منه.

الاسم: _____

صلة القرابة: _____ التوقيع: _____

رقم الهاتف/ الجوال: _____

منسق التحويل: _____

رقم الهاتف/ الجوال/ الفاكس: _____

مرافق المريض: _____

PATIENT MEDICAL INFORMATION:

Mental State:

Alert (oriented to person, place, time) Confused (not oriented to person, place, time) Unconscious (GCS ____/15)

General Status: Stable Unstable Critical

Vital Signs: BP: ____/____(mmhg) Pulse: ____ beat/min Temperature: ____ °C RR ____ breath/min. SPO₂ ____%

Communicable Disease: No Yes, specify: _____ MRSA : Negative Positive, specify: _____

History of Present Illness: _____

Clinical Examination: _____

Current Medications: _____

Investigation : _____

Laboratory Results: _____

Diagnostic Imaging Results: _____

Diagnosis: _____

Reason for transfer and Required Service: _____

Orthopedic Case Surgical Case Medical Case Ob-Gyne Case Pedia/NICU Case

**** (All Saudi patients required to bring a copy of National or Family ID Card while for All Non-Saudi patients, a copy of IQAMA or Passport) ****

Referring Physician Name : _____ Signature _____ Date & Time: _____

Name and Approved by the Referring Hospital Director : _____ Signature _____ Date & Time _____

We acknowledge the patient for treatment at the Royal Commission Medical Center in Yanbu and guarantee to accept/receive the patient when referred to us again. As the main goal of treatment was achieved, or if there is no more advantage of the patient to receive more specialized care at the Royal Commission Medical Center in Yanbu.

نقر بقبول المريض لأجل العلاج في مستشفى الهيئة الملكية بينبع ونتعهد باستقبال المريض عند إحالته إلينا مرة أخرى حيث تم تحقيق الهدف الأساسي من العلاج أو في حال عدم استفادة المريض من تلقي المزيد من الرعاية المتخصصة في المركز الطبي للهيئة الملكية بينبع .

Referring Hospital Stamp