



File No.: 039119

Nationality: Filipino

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039119
Name: BENILDA DELA CRUZ VARAS
QID No: 29060824959 Sex: Female
Mob: 55513014 ADDRESS: GARAF

Age: 34 y.o
Marital Status: married

Band's Name:
File Phone: 55513014 Residence Phone:

SYMPTOMS:

cl vaginal discharge & itching / 2 months.
no abnormal smell - but there is burning micturition.

Medical History: medically free PH. Non FH. Non

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 14 yrs. L.N.M.P. 05. 06. 24
Menstrual Habits: regular - last for 6 days, every month.
Menstrual Symptoms: non. Menopause:
Parity: P 3 Abortion 0 Ectopic LCB 5 yrs.
one c/s - all a/cw

♀ II ♂ I

EXAMINATION

General Examination: Ht. 148 cm Wt. 62 Kg BMI Kg/m² Bp 120/80 mm Hg
cooperative, not pale

Chest, C.V.S. M.A.D

Abdomen: obese, soft - c/s scar.

Breasts: not examined.

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. red vulva & scratching marks - white introitus & vagina. whitish vag. discharge.

Bimanual Exam. ex looks normal.

Rectal Exam. - not examined.

Investigation Requested:

ur → glucose +2.
Ket Ket Trace
Blood Trace

PRO +2
Leu Trace.

Diagnosis: Δ vulvovaginitis ± DM.

Plan of Management: FBG, 2 hrs pp. & HbA_{1c} → requested. pt reassured
given.

Next Appointment:

Siemens
Clinitek Status®

DR. LEILA HAMID
MEDICAL CENTER

Patient Name:
BENILDA09123

Patient ID:
03189

Multistix® 10 SG
Test date 06-29-2024
Time 5:48PM
Operator BENILDA
Test number 2356
Color Other
Clarity Slightly Cloudy

*GLU 2+ *
BIL Negative
*KET Trace *
SG 1.025
BLO Trace-intact
pH 6.0

Date 06 / 29 / 24

New Patient Registration Form

Full Name Benilda Varas الاسم الكامل

Date of Birth 05-18-90 تاريخ الميلاد

Marital Status ☒ Single / أعزب ☒ Married / متزوج ☐ Divorced / مطلق ☐ Widowed / أرمل

Gender: ☐ Male / ذكر ☒ Female / أنثى Nationality..... الجنسية

Occupation Nanny المهنة

I.D Number..... رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) 55513014 رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 55513014 رقم الجوال

Emergency Contact Person أقرب الأقراب

Emergency Contact Number رقم هاتف

Address: Building No. Zone No. Street No. العنوان:

رقم البناية

60

رقم المنطقة

51

رقم الشارع

503

العنوان:

How did you hear about our Center

من أين سمعت عن مركزنا؟

☐ Advertisements/ إعلانات

☐ Referral by doctor

☐ Friends & Relatives/ أصدقاء وأقارب

☐ Others / أخرى

How do you want us to address you ?

كيف تفضل أن نناديك ؟

☐ By Name / بالإسم

☐ By No/ بالرقم

☐ Others (please specify)/ حدد الطريقة التي تفضلها

I receive my Rights & Responsibilities

☐

إستلمت قائمة حقوق و مسؤوليات المريض

Signature BVaras التوقيع

File Number



نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطبيبة المعالج لي لمقابلتي وأجراء الكشف علي والقيام بتشخيصي ومعالجتي بالأدوية أو العقاقير أو عمليات إن إحتاج الأمر ، وأنا أدرك أن من مسؤوليتي الحضور في الوقت المحدد لمواعيدي واتباع أوامر الطبيب المعالج لي كما أدرك بأنني لدي الحق في طلب رأي ثاني لو لم أكن راضيا / راضية عن الرعاية المقدمة لي.

وأوافق على أي اجراء فحص طبي إن طلب مني من أجل تقديم رعاية طبية صحيحة.

وقد قرأت ووافقت على نموذج الموافقة المستنيرة حسب تعليمات وزارة الصحة العامة.

اسم المريض / المريضة:

التاريخ: 29-8-24

039119

ملف رقم:

BUNarap

التوقيع:



State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 29060824959 الرقم الشخصي:
D.O.B.: 18/05/1990 تاريخ الميلاد:
Expiry: 03/10/2025 الصلاحية:

الفلبين

Nationality: PHILIPPINES الجنسية:

Occupation: عاملة منزل المهنة:

الاسم: بينلدا ديلا كروز فارز



Name: BENILDA DELA CRUZ VARAS

Passport Number: P9814378B رقم جواز السفر:
Passport Expiry: 27/04/2032 تاريخ انتهاء الجواز:
Serial No: 30229060824959 الرقم الممثل:
Residency Type: عمل نوع الرخصة:
Employer: سلمان محمد حسن صالح ال محمد المستقدم:
مدير عام الإدارة العامة للجوازات
General Director of the General
Directorate of Passports توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

[Signature]

[Signature]

