



File No.: 039742

Nationality: PHILIPPINE

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039742
Name: ELORGINA ABSALON LONZAGA
QID No 27860830479 Sex: Female
Mob: 71715292 ADDRESS: BANI HAJER

Age: 46 y/o

Marital Status: 20 YRS

and's Name: ARLANDO GONZAGA

le Phone: Residence Phone:

SYMPTOMS:

c/o irregular cycle since MAY on +
off - abd & clots + discomfort seen in pth
informed P - cyst

Medical History: antibiotic & Bupropion P.H. — F.H. DM, HTN

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 11 y/o L.N.M.P.
Menstrual Habits: Regular monthly for 3 days — 7 days
Menstrual Symptoms: Normal Menopause:
Parity: P 3 Abortion 0 Ectopic LCB Byp

♀ 2 ♂ 1 EXAMINATION

General Examination: Ht 149 cm Wt. 53.3 Kg BMI Kg/m² Bp 110/70 mm Hg

Looks well not pale

Chest, C.V.S. / N/A

Abdomen: soft abdomen

Breasts: Normal

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. ex - erosion at upper lip & .

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

Investigation Requested:

T - rubs AVE uterus Et 12mm
& cystic changes + small posterior wall
fibroid ~ 2cm + Rt ovarian simple
cyst 3.5cm clear fluid none

Diagnosis: Doppler Normal It ovary no fcd

Plan of Management: Rt ovarian cyst cyst

Next Appointment: د. ابتسام عبد الله الطبيب

Date 10 / 07 / 24

New Patient Registration Form

Full Name Elorgina Absalon Lonzaga الإسم الكامل

Date of Birth June 06, 1978 تاریخ الميلاد

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

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

Occupation House maid المهنة

I.D Number 27860830479 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) (974-71715292) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 974-71715292 رقم الجوال

Emergency Contact Person Rem Dashed Almar أقرب الأقارب

Emergency Contact Number 66644495 رقم هاتف

Address: Building No. 42 Zone No. 51 Street No. 1439 العنوان:

رقم البناية رقم المنطقة رقم الشارع 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 fs التوقيع

File Number 039749

نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطبية 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.

Elorgina A. lonzaga

اسم المريض / المريضة:

٢٠١٧ / ١١ / ٢٤

التاريخ:

039742

ملف رقم:

التوقيع:



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 27860830479 الرقم الشخصي:
D.O.B.: 06/06/1978 تاريخ الميلاد:
Expiry: 07/06/2025 الصلاحية:
Nationality: PHILIPPINES الجنسية:
Occupation: عاملة منزل المهنة:



الاسم: ايلورجينا أبسالون لونزاغا

Name: ELORGINA ABSALON LONZAGA

Passport Number: P8969659A رقم جواز السفر:
Passport Expiry: 30/09/2028 تاريخ انتهاء الجواز:
Serial No: 30227860830479 الرقم المسلسل:
Residency Type: عمل نوع الرخصة:
Employer: فيصل مرشد ناصر مراقب الكعبى المستقدم:
مدير عام الإدارة العامة للجوازات
General Director of the General
Directorate of Passports توقيع حامل البطاقة
Holder's signature



File No.: 039742

[illegible]