



File No.: 039793

Nationality: PHI

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039793
Name: JERALYN CAMONAS SALENTE
QID No: 29960802659 Sex: Female
Mob: 71476140 ADDRESS: R/RASHID

Age: 25 yrs
Marital Status: Single (1st time)
Spouse's Name:
Mobile Phone: Residence Phone:

SYMPTOMS:

Abd. Tender
No Y. swelling → > 2 wks

Medical History: PH. FH.

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 12 yrs
Menstrual Habits: Regular Monthly For 5 days
Menstrual Symptoms: Amenorrhea
Parity: P 2 Abortion 0 Ectopic all M/V/O
Menopause: LCB 3 years

EXAMINATION

General Examination: Ht. 160 cm Wt. 69.3 Kg BMI Kg/m² Bp 120/80 mm Hg

Chest, C.V.S. Lungs well

Abdomen: NAD

Breasts: Normal

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam. No indication

Rectal Exam.

Investigation Requested:

Diagnosis: mild folliculitis

Plan of Management: Rx

Next Appointment: 10 days



Date 10 / 15 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name JERALYN CAMONIAS SAENTES الإسم الكامل

Date of Birth JULY 22 1999 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation DOMESTIC HELPER المهنة

I.D Number 299960802659 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 71476140 رقم الجوال

Emergency Contact Person أقرب الأقارب

Emergency Contact Number رقم هاتف

Address: Building No. 130 Zone No. 82 Street No. 6666 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 J. Salento التوقيع

File Number 039793

نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطيبة 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.

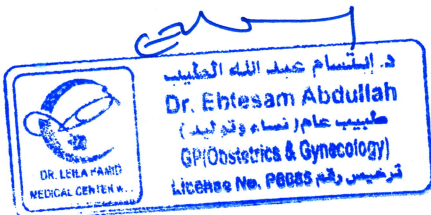
وقد قرأت ووافقت على نموذج الموافقة المستنيرة حسب تعليمات وزارة الصحة العامة.

اسم المريض / المريضة: JERALYN CAMOPIAS SAENTES

التاريخ: ١٥ / ١٠ / ٢٠٢٢

ملف رقم: 039793

التوقيع:



J. Salen

State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 29960802659 الرقم الشخصي:
D.O.B.: 22/07/1999 تاريخ الميلاد:
Expiry: 28/01/2025 الصلاحية:
الفلبين الجنسية:

Nationality: PHILIPPINES

Occupation: عاملة منزل المهنة:

الاسم: جيرالين كومونياس سالينتيس

Name: JERALYN CAMONIAS SALENTES



Passport Number: P4411800C
Passport Expiry: 13/06/2033
Serial No: 30129960802659
Residency Type: عمل
Employer: فهد صقر راشد صقر المريخي
مدير عام الإدارة العامة للجوازات
General Director of the General
Directorate of Passports

رقم جواز السفر:
تاريخ انتهاء الجواز:
الرقم الممسجل:
نوع الرخصة:
المستقدم:

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

J. Salentes

