



**Ijin Pelepasan Data Medis/ Authorization to Release of Medical Records**

Yang bertandatangan dibawah ini saya/ *The undersigned below* :

Nama / *Name* : \_\_\_\_\_

Keterangan / *Note* : Pasien sendiri/ Orang tua/ Wali Pasien/ *Parents / Guardian*

Dengan ini memohon Siloam Hospitals untuk memberikan data medis (Salinan) dari pasien :

Ask to Siloam Hospitals to release of medical record data (copy).

Nama / *Patient Name* : \_\_\_\_\_

No. MR / *MR Number*: \_\_\_\_\_

Data medis yang diberikan / *This request and authorization applies to*

- Periode perawatan / *hospitalization date* \_\_\_\_\_ hingga / *through* \_\_\_\_\_
- Ringkasan Informasi / *all health care information*
- Lain – lain / *other* : \_\_\_\_\_

Data medis tersebut diberikan kepada / *The medical record data will be given to* :

\_\_\_\_\_

Dokumen tersebut diatas akan digunakan untuk keperluan / *The document will be purposed to* :

\_\_\_\_\_

Yang bertandatangan / *The undersigned*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tanggal / *Date* : \_\_\_\_\_

**Otorisasi ini hanya berlaku selama 3 bulan sejak ditandatangani**

\*Note : Lampirkan copy KTP/KITAS/Passport yang berlaku