

**SURAT PELEPASAN INFORMASI MEDIS  
LETTER OF RELEASE OF MEDICAL INFORMATION**

Yang bertanda tangan dibawah ini  
*The undersigned below*

Nama : .....  
*Name*

No. KTP / SIM / PASSPORT : .....  
*ID No.*

Alamat : .....  
*Address*

No. Telepon : .....  
*Telephone No.*

Selaku pasien / Orang tua Pasien / Wali \*) (hubungan dengan pasien .....) dari:  
*As the patient / parent Patient / Guardian \*) (relationships with patients .....)from:*

Nama : .....  
*Name*

No. Rekam Medis : .....  
*Medical Records No.*

Alamat : .....  
*Address*

No. Telepon : .....  
*Telephone No.*

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya bahwa :  
*Hereby state that:*

Saya memberikan kuasa kepada Mitra Keluarga untuk memberikan dan melepaskan dokumen yang berisi informasi medis pasien berupa :  
*I authorize Mitra Keluarga for delivering and releasing documents containing patient medical information in the form of:*

Resume medis\*) : Rawat Inap / Rawat Jalan, tanggal .....  
*Medical Resume \*) : Inpatient / Outpatient, date*

Untuk keperluan :  
*For the purpose of:*

Konsultasi ke dokter / Rumah Sakit lainnya\*) .....  
*Consult a doctor / hospital more \*)*

Klaim asuransi / Perusahaan\*) .....  
*Insurance claims / Company \*)*

Lain-lain .....  
*Etc*

Jika dikemudian hari terdapat permasalahan bahkan tuntutan secara hukum terkait dengan pelepasan informasi medis ini baik lisan maupun tertulis, maka saya pasien / orangtua / wali yang bertanggung jawab dalam pengisian formulir ini, tidak akan melakukan penuntutan dalam bentuk apapun ke Mitra Keluarga dikemudian hari.

*If in the future there are problems even pursue lawsuits related to the release of this medical information either orally or in writing, then I as the patient / parent / guardian who is responsible in this form, will not be prosecuted in any form to the Mitra Keluarga.*

.....  
Yang Menyatakan  
*That state*  
Pasien / Keluarga\*)  
*Patient / Family \*)*

(.....)  
Nama dan Tanda Tangan  
*Name and Signature*

Diketahui Oleh  
*Known by*  
Petugas Rekam Medis\*)  
*Medical Record Officers \*)*

(.....)  
Nama dan Tanda Tangan  
*Name and Signature*