

**Ijin Pelepasan Data Medis**  
*Authorization to Release of Medical Record*

Yang bertandatangan di bawah ini saya,  
*The undersigned below*

Nama : \_\_\_\_\_  
*Name*  
Keterangan : Pasien sendiri / Orang Tua / Wali Pasien  
*Note Patient / Parent / Guardian*

Dengan ini memohon Siloam Hospitals untuk memberikan data medis (salinan) dari pasien,  
*Ask to Siloam Hospitals to release of medical record data (copy) from*

Nama Pasien : \_\_\_\_\_  
*Patient Name*  
No. MR : \_\_\_\_\_  
*MR Number*

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

- Periode perawatan \_\_\_\_\_ hingga \_\_\_\_\_  
*Hospitalization date*  
 Ringkasan informasi  
*All health care information*  
 Lain – lain \_\_\_\_\_  
*Other*

Data medis tersebut diberikan kepada \_\_\_\_\_  
*The medical record data will be given to*  
Dokumen akan digunakan untuk keperluan \_\_\_\_\_  
*The document will be purposed to*  
Dengan biaya sebesar \_\_\_\_\_  
*At a cost of*

Yang bertandatangan,  
*The undersigned*

Diterima,  
*Received*

Materai Rp 6.000,-

\_\_\_\_\_  
Tanggal,  
*Date*

\_\_\_\_\_  
Tanggal,  
*Date*

*Otorisasi ini hanya berlaku selama 3 bulan sejak ditandatangani  
Lampirkan copy KTP/KITAS/Passport yang masih berlaku*

AMA 1608.29/0