



## PERMOHONAN PELEPASAN DATA MEDIS

### *Authorization to Release of Medical Records*

Yang bertandatangan di bawah ini saya : / *The Undersigned below* :

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

Keterangan / *Note* : Pasien sendiri / Orang tua / Wali / Lainnya \_\_\_\_\_

*Patient / Parents / Guardian / Other* \_\_\_\_\_

Dengan ini mengajukan permohonan kepada Siloam Hospitals Balikpapan untuk memberikan data medis (salinan) : / *Ask to Siloam Hospitals to release of medical record data ( copy )* :

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

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

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

Periode perawatan / *hospitalization date* \_\_\_\_\_ hingga / *through* \_\_\_\_\_

Semua Informasi / *all health care information*

Lain – lain / *other* : \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Yang bertandatangan / *The undersigned*

\_\_\_\_\_

Tanggal / *date* :

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

***This authorization is only valid for 3 months from signed***