



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