



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