



Ijin 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 *Patient / Parents / Guardian*

Dengan ini memohon Siloam Hospitals Balikpapan 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* _____

Semua Informasi / *all health care information*

Lain – lain / *other* : _____

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

Dokumen tersebut di atas 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
