

**SURAT KUASA PEMBERIAN INFORMASI MEDIS**  
**POWER OF ATTORNEY FOR MEDICAL INFORMATION**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:  
*The undersigned:*

Nama  
Name .....

Umur  
Age ..... tahun  
years old

Alamat  
Address .....

No Rekam Medis  
Medical Record No. ....

KTP/SIM/Paspor No.  
ID card .....

Telp/HP  
Phone/Mobile .....

Dengan ini memberi kuasa kepada Rumah Sakit Metropolitan Medical Centre (RS MMC) untuk memberikan informasi medis mengenai diri saya kepada:

*I hereby authorize Metropolitan Medical Centre (MMC hospital) to provide my health details or medical information to:*

Nama Perorangan/Perusahaan \*) : .....

*Person/Company Name \*)*

Alamat  
Address .....

KTP/SIM/Paspor No.  
ID No .....

Telp/HP  
Phone/Mobile .....

Seluruh keterangan yang tercantum dalam formulir ini ditulis dengan benar dan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

*All information in this form was written truthfully and I hereby agree this letter of Authority to be used promptly.*

Jakarta, 20

( \_\_\_\_\_ )  
Nama Jelas dan tandatangan Pasien  
*Patient Name and Signature*

\*) Coret yang tidak perlu