SURAT KUASA PEMBERIAN INFORMASI MEDIS
POWER OF ATTORNEY FOR MEDICAL INFORMATION

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:
The undersigned:

Nama : .....
Name

Umur : ..... tahun
Age *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*