Telp. (0411) 8037252 - Fax. (0411) 587256 E-mail: info@rsudkotamakassar.or.id Sulawesi Selatan 90241

lo.	RM.	. 32879
vo.	IVIVI.	. 32019

Nama Ibu

(LP)

6/ IGD

: My- Hawani Nama Bapak

No. Pengenal				dan yang menolong: Bd- (vrtan hi	
	Nama Pemberi No/Tanda tan	gan :	Tanggal Lahir Bayi	Jam	Sex
			08-03-2024	10-10	Lati - lati
arna Kulit :	Berat Badan : 329	00 90m	Panjang :	50 cm	TK-
p Ibu Jari tangan kanan Ibu :	Cap semua jari kaki k	iri bayi :	Cap semua	jari kaki kanan	bayi:
nda tangan :					
ng menentukan Jenis Kelamin ayi :	D okter / Bidan	Perawat	Perawat Kamar Bersalin Perawat Ruang Bayi		Ruang Bayi
		,			
aya Mengatakan bahwa pada s ersebut adalah anak saya.	aat saya pulang telah menerima b	oayi, saya mem	eriksanya dan yakin l	bahwa bayi	
	Makassar,		20		
Tanda Tangan Perawat /	Saksi		Tand	a Tangan Ibu /	Wali