



SURAT KETERANGAN DOKTER

MEDICAL CERTIFICATE

No. SKD- /RJLRNP/RSUI/2024/00

259

Yang bertanda tangan dibawah ini (*The undersigned*) :

Dokter (*Doctor*) : dr. Mita Hafsa Saraswati, Sp.PD

Dengan ini menerangkan bahwa (*This is to certify that*) : SIP. 446/0704/SIPdokter/DPMPSTP/SIMPOK/VI/2023

No. Rekam Medis : 00287441

(*Medical Record Number*) YULIANTI SAIDA (P)

Nama (*Full Name*) : 23.07.1987 (36 Tahun 7 Bulan 25

Jenis Kelamin (*Sex*) : Hari mur (*Age*) : _____ th/years old

Alamat (*Address*) : KLINIK PENYAKIT DALAM

RAWAT JALAN (*OUTPATIENT*)

Berobat ke RS Universitas Indonesia pada, hari Selasa tanggal 19/03/2024.
(*was treated at Universitas Indonesia Hospital*) (*day*) (date)

Perlu istirahat selama _____ (_____) hari, dari _____ s.d _____
(*therefore, need sick leave for*) (*days, from*) (*until*)

IZIN KONTROL (*Control Permission*)

Memerlukan izin pada tanggal _____ untuk datang ke RS Universitas Indonesia
(*need leave permit on*) (*date*) (*for follow up at Universitas Indonesia Hospital*)

RAWAT INAP (*INPATIENT*)

Dirawat di RS Universitas Indonesia dari tanggal _____ s.d _____
(*was hospitalized at Universitas Indonesia Hospital, from*) (*until*)

Perlu istirahat selama _____ (_____) hari, dari _____ s.d _____
(*therefore, need sick leave for*) (*days, from*) (*until*)

Catatan (*Note*) : _____

Demikian surat keterangan ini di buat, untuk dapat dipergunakan dengan sebagaimana mestinya.
(*The information contained herein are true and to be used accordingly*)

Depok, 19/03 2024

dr. Mita Hafsa Saraswati, Sp.PD

SIP. 446/0704/SIPdokter/DPMPSTP/SIMPOK/VI/2023

Nama dan Tanda Tangan Dokter Pemeriksa
Doctor's Name and Signature