|  |  |
| --- | --- |
| McDermott International | The Org  **KLINIK PRATAMA PT.MCDERMOTT INDONESIA**  **KECAMATAN BATU AMPAR**  Jl.Bawal, No.01 Batam 29452  **AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL INFORMATION FORM**  ***OTORISASI UNTUK PENGIRIMAN FORMULIR INFORMASI MEDIS*** | |
| **A. ADMINISTRATIVE/*ADMINISTRASI*** | |
| Patient's name/ *Nama pasien* |  |
| Employee Number/ *No Karyawan* |  |
| Contact number/ *Kontak* |  |
| date of birth/*Tanggal lahir* |  |
| Gender (M/ F)/*Jenis Kelamin (L/P)* |  |
| **B. DECLARATION AND AUTHORIZATION/*DEKLARASI DAN OTORISASI*** | |
| I confirm I am the patient/ patient's parent/ patient's spouse/ patient's legal guardian\* (circle where applicable)  *Saya menyatakan bahwa saya adalah pasien/orang tua pasien/pasangan pasien/wali sah pasien\* (lingkari)*  and I declare that the statements stated are true and complete to the best of my knowledge and belief.  I hereby authorize PTMI medical clinic, including doctor to collect, use, store, transfer, and disclose all information with respect to any illness, injury, medical history, consultation, prescriptions or treatment and copies of all hospital and medical records concerning me and/ or the patient at any time to respective people. A photocopy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.  *dan saya menyatakan bahwa pernyataan-pernyataan yang dinyatakan adalah benar dan lengkap sepanjang pengetahuan dan keyakinan saya. Dengan ini saya memberikan kuasa kepada Klinik PTMI, termasuk dokter untuk mengumpulkan, menggunakan, menyimpan, mentransfer, dan mengungkapkan semua informasi sehubungan dengan penyakit, cedera, riwayat kesehatan, konsultasi, resep atau pengobatan dan salinan semua rumah sakit dan catatan medis tentang saya dan/ atau pasien setiap saat kepada orang yang bersangkutan. Fotokopi surat kuasa ini dianggap efektif dan sah seperti aslinya.* | |
| Name/ *Nama* |  |
| Employee Id/ *No Karyawan* |  |
| Contact Number/ *Kontak* |  |
| (Applicable if details are different from section A and patient is below 21 years of age)  *(Berlaku jika rincian berbeda dari bagian A dan pasien berusia di bawah 21 tahun)* | |
| Signature/*TTD* |  |
| Name/ *Nama* |  |
| Date/*Tanggal* |  |