



**SURAT KETERANGAN DOKTER /MEDICAL CERTIFICATE**  
**Rawat Inap PRU<sub>my child</sub> / PRU<sub>my child</sub> Hospitalization**

Saya menyatakan dengan sesungguhnya bahwa Saya telah memeriksa penyakit/ luka yang diderita oleh pasien tersebut di bawah ini.

*I hereby certify that I personally examined the sickness/ injury sustained by the patient mentioned below.*

Nama Pasien/ <i>Patient's Name</i>	_____ No. Rekam Medik/ <i>Med. Rec. Number</i> : _____
Tanggal Lahir Bayi/ <i>Baby's Date</i> <i>of Birth</i>	_____ ( <i>dd/mm/yy</i> )
Usia Kehamilan Ibu Saat Bayi Dilahirkan/ <i>Gestational Age of</i> <i>The Mother at</i> <i>Delivery</i>	_____ <i>minggu/weeks</i>
Tanggal Perawatan/ <i>Date</i> <i>of Hospitalization</i>	_____ ( <i>dd/mm/yy</i> ) <i>s.d/ to</i> _____ ( <i>dd/mm/yy</i> )
Lama Perawatan/ <i>Long of</i> <i>Stay</i>	_____ <i>hari/ days</i>
Ruang Perawatan Bayi/ <i>The Baby's</i> <i>Treatment Room</i>	<input type="checkbox"/> <u>Kamar Biasa</u> <i>Room Board</i> <input type="checkbox"/> <u>ICU/HCU</u> <i>ICU/HCU</i> <input type="checkbox"/> <u>Inkubator</u> <i>Incubator</i>
Diagnosa/ <i>Diagnosis</i>	
Faktor Penyebab Diagnosa/ <i>The</i> <i>Cause of Disease</i>	
Jenis Operasi yang Dilakukan/ <i>Type</i> <i>of Surgery</i>	

Saya menyatakan bahwa seluruh informasi di atas adalah benar menurut pengetahuan dan keyakinan Saya.  
*I declare that the information above is true and complete to the best of my knowledge and belief.*

Tempat & Tanggal/ *Place & Date*: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nama Jelas & Tanda Tangan Dokter  
*Name and signature of Physician*

\_\_\_\_\_  
Nama & Stempel Rumah Sakit  
*Name and stamp of Hospital*