

PERNYATAAN KESEHATAN
HEALTH STATEMENT

Nama Lengkap:
Full Name

Jenis Kelamin: 1. Pria/Male
Sex 2. Wanita/Female

Tanggal Lahir: Umur/Age: Tahun/Year
Date of Birth

Status: 1. Belum kawin/Single
Marital Status 2. Menikah/Married
3. Cerai/Divorced

Data kesehatan (Bila ya, mohon dijelaskan)
Medical Data (If yes, please Explain)

1. Tinggi badan: cm <i>Height</i>	Berat badan: kg <i>Weight</i>
2. Dalam dua bulan terakhir, apakah Anda pernah sakit atau kecelakaan? <i>In the last two months, have you ever been sickness or gotten an accident?</i>	
3. Apakah anda dalam keadaan sehat, dan tidak dalam keadaan cacat atau sakit jiwa? <i>Are you in a good health, and not having a physical disability or mental disorder?</i>	
4. Apakah anda dan/atau anggota keluarga dekat*) anda sudah pernah atau pernah dirawat disebabkan karena salah satu penyakit atau problem dari kesehatan yang tercantum di bawah ini? <i>Have you and/or immediate members of your family*) ever had or been treated for in any of the following diseases or health problem?</i>	
a. Kelainan pada sistem peredaran darah (Tekanan darah tinggi, serangan jantung, dll)? <i>Circulatory System Disorder (Hypertension, Heart Attack, etc.)?</i>	
b. Kelainan pada sistem pernafasan (TBC, Asma, Pneumonia, etc)? <i>Respiratory System Disorder (TBC, Asthma, Pneumonia, etc.)?</i>	
c. Kelainan pada sistem saluran kencing? (batu ginjal, penyakit kelamin, dll)? <i>Urinary System Disorder (Kidney Stone, Venereal Disease, etc.)?</i>	
d. Kelainan pada sistem pencernaan (Hati, kandung kemih, usus halus, dll)? <i>Digestive System Disorder (Liver, Gall Bladder, Intestine, etc.)?</i>	

e. Kelainan pada sistem syaraf (epilepsi, kelainan mental/gangguan cemas, etc.)? <i>Nervous System Disorder (Epilepsy, Mental Illnes/Nervous Disorder, etc.)?</i>
f. Kencing manis, kanker, tumor, atau luka berat ? <i>Diabetes, Cancer, Tumor, or Severe Bodily Injury?</i>
g. Kelainan pada kulit, kurang gizi, infeksi kronis, atau saran untuk menjalankan test HIV? <i>Skin Disorder, Weight Loss, Chronicle Infection, or Advised to Undergo an HIV Test?</i>
h. Penyakit-penyakit lain yang tidak disebutkan di atas? <i>Other Diseases Not Mentioned Above?</i>
5. Apakah anda pernah atau dianjurkan untuk menjalani operasi, diperiksa oleh dokter, atau sudah pernah menjalankan pemeriksaan kesehatan (Test darah, pemeriksaan sinar X, Electrokardiogram, dll) selama dua tahun terakhir ini? <i>Have you had or been advised to have an operation, been treated by a doctor, or had a Medical Check Up (Blood Test, X-ray, ECG, etc.) in the last two years?</i>
6. Khusus untuk Wanita: Apakah Anda sedang hamil sekarang? Bila Ya, dalam keadaan hamil bulan <i>For females: Are you pregnant now? If yes, stage of pregnancy is.....months</i>

PERNYATAAN DAN PEMBERIAN KUASA:
STATEMENT AND AUTHORIZATION:

Dengan ini saya menyatakan bahwa pernyataan saya ini semua benar, dan saya mengerti dan setuju bahwa apabila pernyataan saya ini tidak benar, maka Perusahaan berwenang untuk menindaklanjutinya ke pihak yang berwenang termasuk namun tidak terbatas untuk melakukan proses pemutusan hubungan kerja sesuai ketentuan dan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Dengan Pernyataan ini, saya memberi kuasa kepada semua dokter di rumah sakit, klinik, perusahaan asuransi, atau perusahaan/lembaga, atau yayasan, atau perorangan, untuk membuat dan mengirim laporan/ pernyataan ke Perusahaan mengenai kesehatan saya. Fotocopy dari pemberian kuasa atas pernyataan ini akan dianggap sah berdasarkan hukum sebagaimana dokumen aslinya
I hereby declare all statements made herein to be true, and understand that if any statement herein is found to be false that the Firm is entitled to process such false information to the relevant authorities including but not limited to process termination of employment agreement in accordance with prevailing laws and regulations, With this statement I also authorize any doctor in any hospital, clinic, Insurance Company, or company/institution, or foundation, or any other person, to prepare and submit a report/statement to the Firm concerning my state of health. Any copy of this statement of authorization is to be considered as legally binding as the original document.

Date/Year
.....

(Nama, Tandatangan)
Name, Signature

*) Yang dimaksud dengan anggota keluarga dekat adalah orang tua, kakak/adik, pasangan, dan anak (*Immediate members of the family mean your parents, brothers/sisters, spouse and children*).