

إشعار بالتغيير الديموغرافي للمريض

اسم الشخص الذي يطلب التغيير:
يرجى إرفاق نسخة من بطاقة الهوية الخاصة بك

الأخير: _____ الأول: _____

العلاقة بالمريض: _____ عنوان البريد الإلكتروني: _____

اسم المريض (إذا كانت هذه المعلومات بحاجة إلى تغيير، يرجى كتابة الاسم السابق للمريض):

الأخير: _____ الأول: _____

تاريخ ميلاد المريض (إذا كانت هذه المعلومات بحاجة إلى تغيير، يرجى كتابة تاريخ الميلاد السابق للمريض):

(شهر / يوم / سنة): _____ / _____ / _____

التوقيع:

تاريخ اليوم:

(شهر / يوم / سنة): _____ / _____ / _____

يرجى ملء الصفوف التي تحتاج إلى تغيير فقط:
**بالنسبة لأي تغييرات في الاسم القانوني و / أو تاريخ الميلاد، يرجى إرفاق شهادة ميلاد المريض / الوثائق القانونية.

الجديد	السابق	المعلومات المطلوب تحديثها
		الاسم القانوني**
		الاسم المفضل
		تاريخ الميلاد**
<input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> ثنائي الجنس <input type="checkbox"/> غير ثنائي	<input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> ثنائي الجنس <input type="checkbox"/> غير ثنائي	الجنس القانوني
<input type="checkbox"/> فتاة / امرأة <input type="checkbox"/> ولد / رجل <input type="checkbox"/> فتاة / امرأة متحولة جنسيًا <input type="checkbox"/> ولد / رجل متحول جنسيًا <input type="checkbox"/> كويري النوع / متنوع النوع <input type="checkbox"/> غير ثنائي <input type="checkbox"/> بلا جنس <input type="checkbox"/> غير متأكد <input type="checkbox"/> غير مدرج: _____ <input type="checkbox"/> ارفض الكشف عن ذلك	<input type="checkbox"/> فتاة / امرأة <input type="checkbox"/> ولد / رجل <input type="checkbox"/> فتاة / امرأة متحولة جنسيًا <input type="checkbox"/> ولد / رجل متحول جنسيًا <input type="checkbox"/> كويري النوع / متنوع النوع <input type="checkbox"/> غير ثنائي <input type="checkbox"/> بلا جنس <input type="checkbox"/> غير متأكد <input type="checkbox"/> غير مدرج: _____ <input type="checkbox"/> ارفض الكشف عن ذلك	النوع

المعلومات المطلوب تحديثها	السابق	الجديد
الضمان	<input type="checkbox"/> هي / لها / ملكها <input type="checkbox"/> هو / له / ملكه <input type="checkbox"/> هم / لهم / ملكهم <input type="checkbox"/> ارفض الكشف عن ذلك <input type="checkbox"/> غير مدرج: _____	<input type="checkbox"/> هي / لها / ملكها <input type="checkbox"/> هو / له / ملكه <input type="checkbox"/> هم / لهم / ملكهم <input type="checkbox"/> ارفض الكشف عن ذلك <input type="checkbox"/> غير مدرج: _____
العنوان		
الوصي 1		
الوصي 2		
غير ذلك: _____		

سيتم تغيير المعلومات الخاصة بهذا المريض كلياً أو بشكل خفيف . ومع ذلك، قد تظل الوثائق السابقة للتغيير تعرض معلومات سابقة . الاسم المستخدم والضمان ليست سرية . وستكون موجودة على سوار معصم المريض ويمكن رؤيتها في السجل الطبي الإلكتروني .
 في حين أننا نعتزف بجميع الهويات الجنسية، فإن العديد من شركات التأمين والمنظمات القانونية لا تفعل ذلك . يرجى العلم أنه يجب استخدام الاسم القانوني والجنس المدرجين في التأمين الخاص بك لإصدار الفواتير مع شركة التأمين، ولتقديم الوثائق اللازمة . إذا لم يكن لديك تأمين، فاذاً ما هو موجود في بطاقة هويتك الصادرة عن الحكومة (مثل رخصة القيادة)

لاستخدام HIM فقط

رقم السجل الطبي (MRN) للمريض:
 تاريخ التغيير:

الموظف: