

## إشعار بالتغيير الديموغرافي للمريض

اسم الشخص الذي يطلب التغيير:  
يرجى إرفاق نسخة من هويتك

اسم العائلة: \_\_\_\_\_ الاسم الأول: \_\_\_\_\_

العلاقة بالمريض: \_\_\_\_\_

عنوان البريد الإلكتروني: \_\_\_\_\_

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

اسم العائلة: \_\_\_\_\_ الاسم الأول: \_\_\_\_\_

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

(شهر / يوم / سنة سنة): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

التوقيع: \_\_\_\_\_

تاريخ اليوم: \_\_\_\_\_

(شهر / يوم / سنة سنة): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

يُرجى ملء الصفوف التي ترغب في تغييرها فقط:

\*\*لأي تغييرات تتعلق بالاسم القانوني و / أو تاريخ الميلاد، يرجى إرفاق شهادة ميلاد المريض / الوثائق القانونية.

جديد	السابق	المعلومات المطلوب تحديثها
		الاسم القانوني**
		الاسم المستخدم
		تاريخ الميلاد**
<input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> غير معروف <input type="checkbox"/> خنثوي <input type="checkbox"/> غير ثنائي الجنس	<input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> غير معروف <input type="checkbox"/> خنثوي <input type="checkbox"/> غير ثنائي الجنس	النوع عند الولادة
<input type="checkbox"/> فتاة / امرأة <input type="checkbox"/> صبي / رجل <input type="checkbox"/> فتاة / امرأة متحول جنسيًا <input type="checkbox"/> صبي / رجل متحول جنسيًا <input type="checkbox"/> مغاير الجنس / متنوع الجنس <input type="checkbox"/> غير ثنائي الجنس <input type="checkbox"/> لا جندي <input type="checkbox"/> غير متأكد <input type="checkbox"/> النوع غير مدرج: _____ <input type="checkbox"/> أرفض تحديد ذلك	<input type="checkbox"/> فتاة / امرأة <input type="checkbox"/> صبي / رجل <input type="checkbox"/> فتاة / امرأة متحول جنسيًا <input type="checkbox"/> صبي / رجل متحول جنسيًا <input type="checkbox"/> مغاير الجنس / متنوع الجنس <input type="checkbox"/> غير ثنائي الجنس <input type="checkbox"/> لا جندي <input type="checkbox"/> غير متأكد <input type="checkbox"/> النوع غير مدرج: _____ <input type="checkbox"/> أرفض تحديد ذلك	النوع

جديد	السابق	المعلومات المطلوب تحديثها
<input type="checkbox"/> هي / لها / الخاص بها <input type="checkbox"/> هو / له / الخاص به <input type="checkbox"/> هم / لهم / الخاص بهم <input type="checkbox"/> الضمير غير مدرج: _____	<input type="checkbox"/> هي / لها / الخاص بها <input type="checkbox"/> هو / له / الخاص به <input type="checkbox"/> هم / لهم / الخاص بهم <input type="checkbox"/> الضمير غير مدرج: _____	الضمائر
		العنوان
		الوصي 1
		الوصي 2
		غير ذلك: _____

سيتم تغيير المعلومات الخاصة بهذا المريض كليًا أو بشكل بسيط. ومع ذلك، قد تظل المستندات السابقة للتغيير تعرض المعلومات السابقة. الاسم المستخدم والضمان ليست سرية. فستظهر على معصم المريض ويمكن رؤيتها في السجل الطبي الإلكتروني. بينما ندرك جميع الهويات الجنسية، فإن العديد من شركات التأمين والمنظمات القانونية لا تدركها. يرجى العلم أنه يجب استخدام الاسم القانوني والجنس المدرجين في التأمين الخاص بك للمراسلات المتعلقة بالفواتير مع شركة التأمين ولتقديم المستندات اللازمة. إذا لم يكن لديك تأمين، فقم بإدراج ما هو موجود في بطاقة الهوية الصادرة عن الحكومة (مثل رخصة القيادة)

**HIM Use Only** -----

**Patient's MRN:**

**Date of Change:**

**Employee:**