

اطلاعیه تغییر دموگرافیک بیمار

نام فرد درخواست‌دهنده تغییر: _____
 لطفاً نسخه‌ای از کارت شناسایی‌تان را پیوست کنید

نام خانوادگی: _____ نام: _____

نسبت با بیمار: _____

نشانی ایمیل: _____

نام بیمار (اگر لازم است این اطلاعات تغییر کند، لطفاً نام قبلی بیمار را وارد کنید):

نام خانوادگی: _____ نام: _____

تاریخ تولد بیمار (اگر لازم است این اطلاعات تغییر کند، لطفاً تاریخ تولد قبلی بیمار را وارد کنید):

(سال/روز/ماه): ____ / ____ / ____

امضا: _____

تاریخ امروز: _____

(سال/روز/ماه): ____ / ____ / ____

لطفاً فقط ردیف‌هایی را تکمیل کنید که باید تغییر داده شوند:

**برای اعمال هرگونه تغییر در نام قانونی و/یا تاریخ تولد، لطفاً مدارک قانونی/شناسنامه بیمار را پیوست کنید.

جدید	قبلی	اطلاعات موردنظر جهت به‌روزرسانی
		نام قانونی**
		نام مورداستفاده
		تاریخ تولد**
<input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/> بیناجنس <input type="checkbox"/> غیرباینری	<input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/> بیناجنس <input type="checkbox"/> غیرباینری	جنس هنگام تولد
<input type="checkbox"/> دختر/زن <input type="checkbox"/> پسر/مرد <input type="checkbox"/> دختر/زن ترنس <input type="checkbox"/> پسر/مرد ترنس <input type="checkbox"/> کونیر/جنسیت گوناگون <input type="checkbox"/> غیرباینری <input type="checkbox"/> بدون جنسیت <input type="checkbox"/> مطمئن نیستم <input type="checkbox"/> در فهرست وجود ندارد: _____ <input type="checkbox"/> تمایل ندارم بیان کنم	<input type="checkbox"/> دختر/زن <input type="checkbox"/> پسر/مرد <input type="checkbox"/> دختر/زن ترنس <input type="checkbox"/> پسر/مرد ترنس <input type="checkbox"/> کونیر/جنسیت گوناگون <input type="checkbox"/> غیرباینری <input type="checkbox"/> بدون جنسیت <input type="checkbox"/> مطمئن نیستم <input type="checkbox"/> در فهرست وجود ندارد: _____ <input type="checkbox"/> تمایل ندارم بیان کنم	جنسیت

جدید	قبلی	اطلاعات موردنظر جهت به‌روزرسانی
<input type="checkbox"/> او <input type="checkbox"/> او <input type="checkbox"/> ایشان <input type="checkbox"/> در فهرست وجود ندارد: _____	<input type="checkbox"/> او <input type="checkbox"/> او <input type="checkbox"/> ایشان <input type="checkbox"/> در فهرست وجود ندارد: _____	ضمیرها
		نشانی
		قیم 1
		قیم 2
		سایر: _____

اطلاعات این بیمار کاملاً یا اندکی تغییر خواهد کرد. با این حال، ممکن است همچنان اطلاعات قبلی در مدارک پیش از تغییر نشان داده شود. نام مورد استفاده و ضمیرها محرمانه نیست. این اطلاعات در مجید بیمار درج می‌شود و می‌توان آن‌ها را در پرونده پزشکی الکترونیک مشاهده کرد.

ما تمام هویت‌های جنسی را به رسمیت می‌شناسیم، اما بسیاری از شرکت‌های بیمه و سازمان‌های حقوقی خیر. لطفاً در نظر داشته باشید از جنس و نام قانونی درج‌شده در بیمه‌تان برای مکاتبات مربوط به صورت حساب با شرکت بیمه و ارائه مدارک ضروری استفاده خواهد شد. اگر بیمه ندارید، اطلاعات درج‌شده روی کارت شناسایی صادرشده توسط دولت (نظیر گواهینامه رانندگی) را وارد کنید

HIM Use Only -----

Patient's MRN:

Date of Change:

Employee: