



## 환자의 인구학적 변경 통지서

변경 요청자의 이름:

신분증 (ID) 사본을 첨부하세요

성: \_\_\_\_\_ 이름: \_\_\_\_\_

환자와의 관계: \_\_\_\_\_

이메일 주소: \_\_\_\_\_

환자의 이름 (이 정보가 변경되어야 한다면, 환자의 이전 이름을 기재하세요):

성: \_\_\_\_\_ 이름: \_\_\_\_\_

환자의 생년월일 (이 정보가 변경되어야 한다면, 환자의 이전 생년월일을 기재하세요):

(월월/일일/년년년년): \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

서명: \_\_\_\_\_

오늘 날짜:

(월월/일일/년년년년): \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

변경이 필요한 열에만 기입하세요:

**\*\*법적 이름 및/또는 생년월일을 변경하려면, 환자의 출생 증명서/법적 서류를 첨부하세요.**

변경을 요하는 정보	이전 정보	새로운 정보
법적 이름**		
사용하는 이름		
생년월일**		
출생 성별	<input type="checkbox"/> 여성 <input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 미상 <input type="checkbox"/> 간성 <input type="checkbox"/> 제 3 의 성	<input type="checkbox"/> 여성 <input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 미상 <input type="checkbox"/> 간성 <input type="checkbox"/> 제 3 의 성
성별	<input type="checkbox"/> 소녀/여자 <input type="checkbox"/> 소년/남자 <input type="checkbox"/> 트랜스젠더 소녀/여자	<input type="checkbox"/> 소녀/여자 <input type="checkbox"/> 소년/남자 <input type="checkbox"/> 트랜스젠더 소녀/여자



변경을 요하는 정보	이전 정보	새로운 정보
	<input type="checkbox"/> 트랜스젠더 소년/남자 <input type="checkbox"/> 젠더 퀴어/젠더 다이버스 <input type="checkbox"/> 제 3 의 성 <input type="checkbox"/> 무성별 <input type="checkbox"/> 잘 모름 <input type="checkbox"/> 무기입: _____ <input type="checkbox"/> 명시 거부	<input type="checkbox"/> 트랜스젠더 소년/남자 <input type="checkbox"/> 젠더 퀴어/젠더 다이버스 <input type="checkbox"/> 제 3 의 성 <input type="checkbox"/> 무성별 <input type="checkbox"/> 잘 모름 <input type="checkbox"/> 무기입: _____ <input type="checkbox"/> 명시 거부
대명사	<input type="checkbox"/> 그녀/그녀를/그녀의 <input type="checkbox"/> 그/그를/그의 <input type="checkbox"/> 그들/그들을/그들의 <input type="checkbox"/> 무기입: _____	<input type="checkbox"/> 그녀/그녀를/그녀의 <input type="checkbox"/> 그/그를/그의 <input type="checkbox"/> 그들/그들을/그들의 <input type="checkbox"/> 무기입: _____
주소		
보호자 1		
보호자 2		
기타:		

이 환자에 대한 정보는 전체적으로 또는 조금만 변경될 것입니다. 그러나, 변경 전 서류에는 여전히 이전의 정보가 표시되어 있을 것입니다. 사용되는 이름과 대명사들은 기밀정보가 아닙니다. 그것들은 환자의 팔찌에 적혀 있을 것이고 전자의무기록에서 볼 수 있습니다.

저희가 모든 성별 정체성을 인정하는 반면, 많은 보험회사와 법률단체들은 그렇지 않습니다. 보험회사와 청구서 관련 소통 시에, 그리고 필요한 서류들을 제출할 때 보험 서류에 기재한 법적 이름과 성별을 사용해야 함을 인지하셔야 합니다. 만약 보험이 없다면, 정부가 발행한 신분증 (운전면허증 같은)에 적힌 것을 사용하세요.

**HIM Use Only** .....

**Patient's MRN:**  
**Date of Change:**

**Employee:**