



Aviso de cambio en los datos demográficos del paciente

Nombre de la persona que solicita el cambio:

Adjunte una copia de su identificación

Apellido: _____ Nombre: _____

Relación con el paciente: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Nombre del paciente (si es necesario cambiar esta información, escriba el nombre anterior del paciente):

Apellido: _____ Nombre: _____

Fecha de nacimiento del paciente (si es necesario cambiar esta información, escriba la fecha de nacimiento anterior del paciente):

(DD/MM/AAAA) __ __ / __ __ / _____

Firma: _____

Fecha de hoy:

(DD/MM/AAAA) __ __ / __ __ / _____

Complete solo las filas que deben cambiarse:

****Para cualquier cambio de nombre legal o fecha de nacimiento, adjunte el certificado de nacimiento/ documentación legal del paciente.**

Información para actualizar	Anterior	Nueva
Nombre legal**		
Nombre que usa		
Fecha de nacimiento**		
Sexo al nacer	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Intersexual <input type="checkbox"/> No binario	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Intersexual <input type="checkbox"/> No binario
Género	<input type="checkbox"/> Joven/Mujer <input type="checkbox"/> Joven/Hombre <input type="checkbox"/> Joven/Mujer transgénero <input type="checkbox"/> Joven/Hombre transgénero <input type="checkbox"/> Queer/Diversidad de género <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Agénero <input type="checkbox"/> No está seguro <input type="checkbox"/> No está en la lista: _____ <input type="checkbox"/> Se niega a indicarlo	<input type="checkbox"/> Joven/Mujer <input type="checkbox"/> Joven/Hombre <input type="checkbox"/> Joven/Mujer transgénero <input type="checkbox"/> Joven/Hombre transgénero <input type="checkbox"/> Queer/Diversidad de género <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Agénero <input type="checkbox"/> No está seguro <input type="checkbox"/> No está en la lista: _____ <input type="checkbox"/> Se niega a indicarlo



Información para actualizar	Anterior	Nueva
Pronombres	<input type="checkbox"/> Ella/Su/Suya <input type="checkbox"/> Él/Su/Suyo <input type="checkbox"/> Ellos/Sus/Suyos <input type="checkbox"/> No está en la lista: _____	<input type="checkbox"/> Ella/Su/Suya <input type="checkbox"/> Él/Su/Suyo <input type="checkbox"/> Ellos/Sus/Suyos <input type="checkbox"/> No está en la lista: _____
Dirección		
Tutor 1		
Tutor 2		
Otros: _____		

La información de este paciente se modificará por completo o ligeramente. Sin embargo, los documentos anteriores al cambio pueden seguir mostrando la información anterior. El nombre utilizado y los pronombres no son confidenciales. Aparecerán en la pulsera del paciente y podrán verse en la historia clínica electrónica.

Aunque reconocemos todas las identidades de género, muchas compañías de seguros y organizaciones legales no lo hacen. Tenga en cuenta que el nombre legal y el sexo que figuran en su seguro deben utilizarse para comunicar la facturación a la compañía de seguros y para proporcionar los documentos necesarios. Si no tiene seguro, indique el nombre que aparece en su documento de identidad emitido por el gobierno (como el permiso de conducir).

HIM Use Only -----

Patient's MRN:

Date of Change:

Employee: