

## Aviso de un cambio en los datos del paciente

Nombre del solicitante:

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente (si hay que cambiar esta información, por favor, escriba a continuación el nombre anterior del paciente):

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente (si hay que cambiar esta información, por favor, escriba a continuación la fecha de nacimiento anterior del paciente):

(mes/día/año): \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_\_\_ \_\_ \_\_

Firma:

Fecha de hoy:

(mes/día/año): \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_\_\_ \_\_ \_\_

-----  
Por favor, llene solamente las filas que haya que cambiar:

Información para actualizar	Anterior	Nueva
Nombre del paciente**		
Fecha de nacimiento**		
Sexo		
Dirección		
Tutor legal 1		
Tutor legal 2		
Otro: _____		

**\*\*Si hay algún cambio en el nombre del paciente y/o la fecha de nacimiento, por favor, adjunte el certificado de nacimiento o la documentación legal del paciente.**

*Se cambiará o se ajustará ligeramente la información de este paciente. No obstante, la documentación anterior al cambio puede que todavía contenga la información anterior.*

HIM Use Only -----



We Treat Kids Better

Patient MRN:  
Date of Change:  
Employee: