



Aviso de cambio demográfico del paciente

Nombre de la persona que solicita el cambio:

Adjunte una copia de su documento de identidad

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):

(MM/DD/AAAA) ____ / ____ / ____

Firma: _____

Fecha de hoy:

(MM/DD/AAAA) ____ / ____ / ____

Llene solo las filas que deban modificarse:

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

Información a actualizar	Anterior	Nuevo/a
Nombre legal**		
Nombre preferido		
Fecha de nacimiento**		
Sexo legal	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Intersexual <input type="checkbox"/> No binario	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Intersexual <input type="checkbox"/> No binario
Género	<input type="checkbox"/> Niña/Mujer <input type="checkbox"/> Niño/Hombre <input type="checkbox"/> Niña/Mujer transgénero <input type="checkbox"/> Niño/Hombre transgénero <input type="checkbox"/> Genderqueer/Género diverso <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Sin género <input type="checkbox"/> No está seguro <input type="checkbox"/> No listado: _____ <input type="checkbox"/> Me niego a indicarlo	<input type="checkbox"/> Niña/Mujer <input type="checkbox"/> Niño/Hombre <input type="checkbox"/> Niña/Mujer transgénero <input type="checkbox"/> Niño/Hombre transgénero <input type="checkbox"/> Genderqueer/Género diverso <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Sin género <input type="checkbox"/> No está seguro <input type="checkbox"/> No listado: _____ <input type="checkbox"/> Me niego a indicarlo



Información a actualizar	Anterior	Nuevo/a
Pronombres	<input type="checkbox"/> Ella/De ella <input type="checkbox"/> Él/De él <input type="checkbox"/> Elle(s)/suye(s) <input type="checkbox"/> Me niego a indicarlo <input type="checkbox"/> No listado: _____	<input type="checkbox"/> Ella/De ella <input type="checkbox"/> Él/De él <input type="checkbox"/> Elle(s)/suye(s) <input type="checkbox"/> Me niego a indicarlo <input type="checkbox"/> No listado: _____
Dirección		
Tutor 1		
Tutor 2		
Otros: _____		

La información de este paciente se modificará por completo o un poco. Sin embargo, los documentos anteriores al cambio pueden seguir mostrando la información anterior. El nombre utilizado y los pronombres no son confidenciales. Figurarán 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 la comunicación de facturación con la compañía de seguros y para proporcionar los documentos necesarios. Si no tiene seguro, indique lo que figura en su documento de identidad emitido por el gobierno (como la licencia de conducir)

Solo para uso de HIM -----

Número de historia clínica del paciente:

Fecha del cambio:

Empleado: