



## 환자 인구통계 정보 변경 통지

변경 신청자 성명:  
 신분증 사본을 첨부하십시오.

성: \_\_\_\_\_ 이름: \_\_\_\_\_

환자와의 관계: \_\_\_\_\_ 이메일 주소: \_\_\_\_\_

환자 성명(환자 성명을 변경하고자 하는 경우, 환자의 기존 성명을 기입하십시오):

성: \_\_\_\_\_ 이름: \_\_\_\_\_

환자 생년월일(환자 생년월일을 변경하고자 하는 경우, 환자의 기존 생년월일을 기입하십시오):

(MM/DD/YYYY): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

서명: \_\_\_\_\_

작성일:

(MM/DD/YYYY): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

변경할 항목만 작성하여 주십시오.

**\*\*법적 성명 및/또는 생년월일을 변경할 경우 환자의 출생증명서/법적 문서를 첨부하여 주십시오.**

변경할 정보	기존	신규
법적 성명**		
선호하는 성명		
생년월일**		
법적 성별	<input type="checkbox"/> 여성 <input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 간성 <input type="checkbox"/> 논바이너리	<input type="checkbox"/> 여성 <input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 간성 <input type="checkbox"/> 논바이너리
젠더	<input type="checkbox"/> 여성 <input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 트랜스젠더 여성 <input type="checkbox"/> 트랜스젠더 남성 <input type="checkbox"/> 젠더퀴어/복수의 성 정체성 <input type="checkbox"/> 논바이너리 <input type="checkbox"/> 무성 <input type="checkbox"/> 불확실 <input type="checkbox"/> 해당하는 항목 없음: <input type="checkbox"/> 답변 거부	<input type="checkbox"/> 여성 <input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 트랜스젠더 여성 <input type="checkbox"/> 트랜스젠더 남성 <input type="checkbox"/> 젠더퀴어/복수의 성 정체성 <input type="checkbox"/> 논바이너리 <input type="checkbox"/> 무성 <input type="checkbox"/> 불확실 <input type="checkbox"/> 해당하는 항목 없음: <input type="checkbox"/> 답변 거부

변경할 정보	기존	신규
대명사	<input type="checkbox"/> 그녀/그녀를/그녀의 <input type="checkbox"/> 그/그를/그의 <input type="checkbox"/> 그들/그들을/그들의 <input type="checkbox"/> 답변 거부 <input type="checkbox"/> 해당 없음: _____	<input type="checkbox"/> 그녀/그녀를/그녀의 <input type="checkbox"/> 그/그를/그의 <input type="checkbox"/> 그들/그들을/그들의 <input type="checkbox"/> 답변 거부 <input type="checkbox"/> 해당 없음: _____
주소		
보호자 1		
보호자 2		
기타: _____		

이 환자의 정보가 전부 또는 일부 변경됩니다. 그러나 변경 전 문서에는 기존 정보가 표시될 수 있습니다. 평소 사용하는 성명과 대명사는 비밀로 유지되지 않습니다. 환자 팔찌에 표기되며 전자의무기록에 표기될 수 있습니다. 본 시설은 모든 성 정체성을 인정하지만, 다수의 보험사와 법률 관련 기구는 그렇지 않습니다. 보험사와 비용에 대해 소통하고 필요한 서류를 제출할 때는 반드시 보험에 가입한 법적 성명과 성별을 사용해야 합니다. 보험이 없는 경우 정부가 발급한 신분증(예: 운전면허증)의 성명과 성별을 사용하십시오.

의료정보 관리자 전용 -----

환자 의무기록 번호:

변경 날짜:

직원: