

اطلاعیه تغییر اطلاعات جمعیت‌شناختی بیمار

نام فرد درخواست‌کننده تغییر: _____
 لطفاً یک کپی از کارت شناسایی‌تان را پیوست کنید

نام خانوادگی: _____ نام: _____

نسبت با بیمار: _____ نشانی ایمیل: _____

نام بیمار (اگر این اطلاعات باید تغییر کند، لطفاً نام قبلی بیمار را بنویسید): _____

نام خانوادگی: _____ نام: _____

تاریخ تولد بیمار (اگر این اطلاعات باید تغییر کند، لطفاً تاریخ تولد قبلی بیمار را بنویسید): _____

(سال/روز/ماه): _____ / _____ / _____

امضا: _____

تاریخ امروز: _____

(سال/روز/ماه): _____ / _____ / _____

لطفاً فقط ردیف‌هایی را تکمیل کنید که باید تغییر داده شوند:
****در رابطه با هرگونه تغییر در نام قانونی و/یا تاریخ تولد، لطفاً مدارک قانونی/شناسنامه بیمار را پیوست کنید.**

اطلاعات مدنظر برای به‌روزرسانی	قبلی	جدید
نام قانونی**		
نام ترجیحی		
تاریخ تولد**		
جنسیت قانونی	<input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> بیناجنس <input type="checkbox"/> غیرباینری	<input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> بیناجنس <input type="checkbox"/> غیرباینری
جنسیت	<input type="checkbox"/> دختر/زن <input type="checkbox"/> پسر/مرد <input type="checkbox"/> دختر/زن ترنس <input type="checkbox"/> پسر/مرد ترنس <input type="checkbox"/> جنسیت کوئیر /جنسیت دگرسان <input type="checkbox"/> غیرباینری <input type="checkbox"/> ایجندر (بی‌جنسیت) <input type="checkbox"/> نامطمئن <input type="checkbox"/> فهرست‌نشده: _____ <input type="checkbox"/> خودداری از اعلام	<input type="checkbox"/> دختر/زن <input type="checkbox"/> پسر/مرد <input type="checkbox"/> دختر/زن ترنس <input type="checkbox"/> پسر/مرد ترنس <input type="checkbox"/> جنسیت کوئیر /جنسیت دگرسان <input type="checkbox"/> غیرباینری <input type="checkbox"/> ایجندر (بی‌جنسیت) <input type="checkbox"/> نامطمئن <input type="checkbox"/> فهرست‌نشده: _____ <input type="checkbox"/> خودداری از اعلام

اطلاعات مدنظر برای به‌روزرسانی	قبلی	جدید
ضمیرها	<input type="checkbox"/> خانم <input type="checkbox"/> آقا <input type="checkbox"/> آن‌ها/ایشان <input type="checkbox"/> خودداری از اعلام <input type="checkbox"/> فهرست‌شده: _____	<input type="checkbox"/> خانم <input type="checkbox"/> آقا <input type="checkbox"/> آن‌ها/ایشان <input type="checkbox"/> خودداری از اعلام <input type="checkbox"/> فهرست‌شده: _____
نشانی		
قیمت 1		
قیمت 2		
سایر: _____		

اطلاعات این بیمار به‌صورت جزئی یا کلی تغییر خواهد کرد؛ اما، مدارک پیش از تغییر ممکن است همچنان اطلاعات قبلی را نمایش دهد. نام استفاده‌شده و ضمیرها محرمانه نیستند. آن‌ها روی مچ‌بند بیمار درج می‌شوند و می‌توانند در پرونده پزشکی الکترونیکی قابل‌مشاهده باشند. اگرچه ما تمام هویت‌های جنسیتی را به رسمیت می‌شناسیم، بسیاری از شرکت‌های بیمه و سازمان‌های حقوقی آن‌ها را به رسمیت نمی‌شناسند. لطفاً توجه داشته باشید باید از نام قانونی و جنسیت ذکر شده در بیمه خود برای ارتباطات مربوط به صورت‌حساب با شرکت بیمه و برای ارائه مدارک ضروری استفاده کنید. اگر بیمه نیستید، آنچه روی کارت شناسایی صادر شده توسط دولت (مانند گواهینامه رانندگی) قرار دارد، ذکر کنید.

فقط استفاده HIM

شماره پرونده پزشکی بیمار:
تاریخ تغییر:

کارمند: