



## Paciente PHI/Cambio de nombre

La información de salud protegida (PHI) o los cambios de nombre no se pueden actualizar en el registro médico electrónico de Cascade Medical sin la documentación adecuada para respaldar la solicitud de cambio. Complete la siguiente información y envíela con los documentos de respaldo a Cascade Medical para completar su solicitud. Esta información es confidencial.

<b>Nombre anterior:</b>	
<b><u>NUEVO</u> nombre:</b>	
<b><u>NUEVA</u> dirección:</b>	
<b><u>NUEVO</u> número de teléfono:</b>	
<b><u>Garante:</u></b>	
<b>SS#:</b>	<b>Fecha de nacimiento:</b>
<b>Documentación de apoyo</b>	
Se debe adjuntar documentación de respaldo para que se procese el cambio de información. Elija una de las siguientes opciones y adjunte copias a este documento para su envío. <i>Nota: ** no se aceptarán copias de los documentos enumerados a menos que estén certificadas por un notario, el administrador de SSI o un tribunal.</i>	
_____ * Copia del nuevo número de seguro social	
_____ * Copia del poder notarial duradero	
_____ * Copia del documento certificado del tribunal que respalde el cambio de nombre (ejemplo: documentos de adopción, orden judicial)	
_____ * Copia de Acta de Matrimonio o Acta de Divorcio con nuevo nombre	
_____ * Copia de Licencia de Conducir con nuevo nombre	
* Devuélvame las copias (encierre en un círculo):      SI                      NO	

**TO BE COMPLETED BY CMC STAFF:**

Employee has verified submitted documentation to new information and scanned into EMR. Initials: \_\_\_\_\_

Employee Submitting Information to HIM: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**PATIENT INFORMATION CHANGES LISTED ABOVE ARE TO BE COMPLETED BY THE HIM DIRECTOR OR HIM LEAD**

Initials of HIM Director or HIM Lead as completed: \_\_\_\_\_ Date completed in EMR : \_\_\_\_\_