D10460

Name Change Request

Children's of Alabama
1600 7th Avenue South
Birmingham, AL 35233

«PatientNumber»

«AdmitDate» CSN #: «PatientNumber»
«PatientName»
MR#: «MedicalRecordNumber» LOC: «Location» «Room» «Bed»
«AttendingDoctorName» DOB: «BirthDate»

Forma Para Cambio de Nombre

Fecha (Date): _____

Nombre del Paciente como aparece en el Hospital de Niños de Alabama:

_____ _____ _____
Primer Nombre Segundo Nombre Apellido

Nombre Correcto del Paciente:

_____ _____ _____
Primer Nombre Segundo Nombre Apellido

Fecha de Nacimiento del Paciente: _____ / _____ / _____
Mes Dia Año

Paciente/Padre/Guardián Pidiendo el Cambio de Nombre:

_____ _____
Imprima el Nombre Completo Firma

Dirección: _____

Teléfono: _____

En la ausencia del Padre/Guardian legal presente físicamente:

_____
Trabajador Social

Al menos uno de los siguientes documentos legales tiene que presentarse con el pedido para el cambio de nombre.

_____ Copia certificada del Certificado de Nacimiento expedido por el Estado.

_____ Copia de los Papeles de Adopción.

_____ Copia de Otros Documentos Oficiales de la Corte.

_____ Tarjeta Valida del Seguro Social.

_____ Tarjeta de identificación válida emitida por el estado/verificación de Medicaid.

HIM Staff – if you are accepting a request for a name change, please attach a screen print of the patient's demographic screen to this form.

FAX THE COMPLETED FORM TO: 205-638-5453

Para completar y enviar electrónicamente, visite Patient Name Change Request