Solicitud para el cambio de nombre completo

Health Information Management
111 Michigan Avenue, NW
Washington, DC 20010
Habitación 1170.2

Teléfono (202) 476-5267
Fax (202) 476-2270

Yo, el abajo firmante, por la presente autorizo Children's National Medical Center de cambiar el nombre de mi hijo(a)

DE:

_____

Primer nombre | Segundo nombre | Apellido | Fecha de nacimiento

A:

_____

Primer nombre | Segundo nombre | Apellido | Fecha de nacimiento

---

Yo, por la presente, declaro que soy el padre de familia o tutor legal y soy responsable por el nombre completo referente a dicho paciente.

_____ _____

Firrma del padre de familia o tutor legal | Fecha

_____ _____

Número de teléfono | Correo electrónico

Requisitos para el cambio de nombre:

Uno de los siguientes documentos (dependendo de las circustancias) deben acompañar este formulario y se tiene que entregar al Departamento de control de información de salud (*Health Information Management Department*):

1. Acta de nacimiento
2. Decreto final de adocpción*
3. Acta matrimonial
4. Orden judicial

*No opcional para cambios de nombre por adopción

For Office Use Only: (Uso administrativo solamente)

_____

Medical Record #

-HIM1-