Children's National

Solicitud para el cambio de nombre completo

Health Information Management Dept.
111 Michigan Avenue, NW
Room 1170.2
Washington, DC 20010
HIMinquiries@childrensnational.org

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

For Office Use Only: (Uso Administrativo Solamente)

_____
Medical Record #

Yo, el abajo firmante, por la presente autorizo Children's National Hospital 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.

_____ _____
Firma del padre de familia o tutor legal | Fecha

_____ _____
Numero de Telefono | Correo Electronico

Requisitos para el cambio de nombre:

Uno de los siguientes documentos (dependiendo de las circumstancias) deben acompañar este formulario y se tiene que entregar al departamento de control de informacion de salud (Health Information Management Department):

1. Acta de Nacimiento
2. Decreto final de Adopcion*
3. Acta Matrimonial
4. Orden Judicial
5. Pasaporte Valido

*No opcional para cambios de nombre por adopcion.

-NCRF-