

Solicitud o rechazo de los servicios de interpretación

Servicios de asistencia con los idiomas

Usted tiene derecho a obtener servicios de interpretación para ayudarlo/a a hablar con su proveedor(a) de cuidado de la salud y personal del consultorio, y a entenderlos.

Complete los siguientes enunciados. Marque con una tilde todas las opciones que correspondan.

Necesito un(a) intérprete.

- Sí, necesito un(a) intérprete para hablar con mi proveedor(a) de cuidado de la salud y el personal del consultorio.
- Prefiero hablar el siguiente idioma: _____

No necesito un(a) intérprete.

- No necesito ni quiero un(a) intérprete.
- Necesito un(a) intérprete, pero prefiero que mi familia, un amigo o el personal del consultorio de mi proveedor(a) de cuidado de la salud actúe de intérprete.

Al firmar a continuación, confirmo que me han ofrecido un(a) intérprete telefónico/a para ayudarme a hablar con mi proveedor(a) de cuidado de la salud o el personal del consultorio, y a entenderlos.

Nombre del/de la paciente (escriba en letra de imprenta):

Firma del/de la paciente: _____

Fecha: _____