



Formulario de solicitud/rechazo de servicios de interpretación

Nombre del paciente: _____

Idioma primario: _____

Entiendo que tengo el derecho de recibir servicios de interpretación sin cargo. Reconozco que me ofrecieron estos servicios. También entiendo que se desaconseja el empleo de las siguientes personas:

- miembros de la familia
- menores de edad
- amigos
- una persona que no tenga la formación de intérprete

Marque una opción a continuación:

- Sí, solicito servicios de interpretación. Idioma: _____
- No, no necesito un intérprete. Puedo hablar con mi proveedor en inglés.
- Confío en la interpretación a cargo de mi proveedor o del personal del consultorio.

Ingrese su solicitud especial a continuación:

Firma del paciente

Fecha

Extienda una copia para uso de EMR/EHR