

Форма подтверждения оказания услуг перевода

Имя и фамилия пациента: _____ Дата: _____

План медицинского страхования

<input type="checkbox"/> Commercial	<input type="checkbox"/> Aetna	<input type="checkbox"/> Care 1st	<input type="checkbox"/> Health Net	<input type="checkbox"/> Molina
<input type="checkbox"/> Duals	<input type="checkbox"/> Alignment	<input type="checkbox"/> Central Health	<input type="checkbox"/> Heritage	<input type="checkbox"/> SCAN
<input type="checkbox"/> Medi-Cal	<input type="checkbox"/> Blue Cross	<input type="checkbox"/> Cigna	<input type="checkbox"/> Inland Empire	<input type="checkbox"/> United
<input type="checkbox"/> Senior	<input type="checkbox"/> Blue Shield	<input type="checkbox"/> Easy Choice	<input type="checkbox"/> Inter Valley	<input type="checkbox"/> Другой (укажите): _____
	<input type="checkbox"/> Cal Optima	<input type="checkbox"/> Golden State	<input type="checkbox"/> LA Care	

Основной язык общения: _____

Участник плана был проинформирован о возможности прибегнуть к услугам перевода, которые предлагает медицинская группа и/или план медицинского страхования. (Обязательное письменное подтверждение)

ДА - Меня проинформировали о возможности получения услуг перевода

НЕТ - Я отказываюсь от услуг перевода

Подпись пациента: _____ Дата: _____

Подпись свидетеля: _____ Дата: _____

ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ

Документальное подтверждение оказания услуг перевода.

Бюро перевода: _____ Дата: _____

Имя и фамилия переводчика: _____ Дата: _____

Подпись сотрудника: _____ Дата: _____

