

# Solicitud/rechazo de servicios de interpretación

Programa de asistencia de idioma de California

---

De acuerdo con la legislación de California, su compañía de seguros debe brindarle servicios de interpretación para ayudarle a comunicarse con su profesional de atención médica y el personal del consultorio, y a comprender lo que le dicen.

**Llene el formulario completo (marque todas las opciones que correspondan):**

## Necesito un intérprete

- Sí, necesito un intérprete para comunicarme con mi profesional de atención médica y/o el personal del consultorio.
- Prefiero hablar en este idioma: \_\_\_\_\_

## No necesito un intérprete

- No necesito ni deseo un intérprete.
- Necesito un intérprete pero prefiero usar a un familiar, amigo y/o al personal del consultorio del profesional de atención médica como intérprete.

Al firmar a continuación, confirmo que se me ha ofrecido un intérprete telefónico para ayudarme a comunicarme con mi profesional de atención médica y/o el personal del consultorio, y comprender lo que me dicen.

Nombre del paciente (en letra de molde): \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_