

إقرار بخدمات الترجمة الفورية ورفضها

عرضت عليك شركة Advocate Aurora Health مساعدة لغوية دون تكلفة يقدمها مترجم فوري طبي مؤهل ومدرب على حماية خصوصيتك. يفهم المترجم الفوري الطبي المؤهل لغتك والمصطلحات الطبية المتعلقة بمقابلتك.

أنت غير مطالب بتوفير مترجمك الفوري الخاص

يحق لك:

- الحصول على خدمات الترجمة الفورية دون تكلفة
- رفض المترجم الفوري المُقدم والمتابعة مع مترجمك الفوري الخاص (يجب أن يبلغ من العمر ١٨ عامًا على الأقل)

إذا قررت استخدام مترجم فوري طبي مؤهل من شركة Advocate Aurora Health أو الخدمات المساعدة دون تكلفة، فأنت فقط تحتاج إلى إخطار ممرضة أو عضو آخر من فريق رعاية المرضى الخاص بك وهو من سيقوم بالترتيب لتقديم خدمات الترجمة الفورية.

إذا اخترت الاستعانة بمترجمك الفوري الخاص، سواء كان فردًا من أفراد الأسرة أو رفيقًا، فأنت بذلك تقر بإمكانية عدم حصول هذا الشخص على تدريب رسمي في

- المصطلحات الطبية وقد يقوم، من ضمن أمور أخرى، بما يلي:
- إعطائك أو إعطاء فريق الرعاية الخاص بك معلومات غير صحيحة يمكن من شأنها أن تعرض رعايتك للخطر؛ و/أو
- إضافة أو إهمال معلومات؛ و/أو
- معرفة معلومات عنك قد لا ترغب في معرفته إياها؛ و/أو
- إخبار الآخرين بمعلومات عنك قد تكون بخلاف ذلك خاصة؛ و/أو
- إساءة فهم طبيبك أو الممرضة أو عضو آخر من فريق الرعاية الخاص بك.

رفض خدمات الترجمة الفورية الطبية المُقدمة من شركة Advocate Aurora Health

لقد شرحت لي شركة Advocate Aurora Health، بلغتي الخاصة، مخاطر رفض استخدام المترجم الفوري الطبي المؤهل الذي تعرضه. وأفهم أيضًا أنه لأغراض تتعلق بالسلامة قد يستعين مُقدم الرعاية الصحية الخاص بي بمترجم فوري طبي مؤهل لضمان التواصل الفعال. وكذلك أفهم أنه إذا كنت أتلقى خدمات طبية طارئة، فقد يستخدم مُقدم الرعاية الصحية الخاص بي مترجمًا فوريًا طبيًا مؤهلًا حتى إذا كنت أفضل توفير مترجمي الفوري الخاص. فضلًا عن ذلك، أفهم أنه في الحالات غير الطارئة، إذا رفضت السماح لمُقدم الرعاية الصحية الخاص بي باستخدام مساعدة مترجم فوري طبي مؤهل ورأى أنه لا يمكن إجراء الموعد بشكل آمن دون وجود مترجم فوري، يمكن لذلك أن يقوم مُقدم الرعاية الصحية بإنهاء مقابلة غير طارئة.

أفهم المخاطر المرتبطة بتوفير مترجمي الفوري الخاص وأختار رفض المترجم الفوري الذي تعرضه شركة Advocate Aurora Health وسأوفر مترجمي الفوري الخاص.

علاقته بالمريض:

Relationship to Patient

المترجم الفوري الذي حدده المريض:

Patient Selected Interpreter

توقيع المريض:

Patient Signature

(أو ولي الأمر/الوصي القانوني/ممثل المريض) / (or Parent/Legal Guardian/Patient Representative)

الوقت:

Time

التاريخ:

Date

توقيع عضو الفريق (الشاهد):

Team Member (Witness) Signature

الوقت:

Time

التاريخ:

Date

اسم/معرف هوية المترجم الفوري:

Interpreter Name/ ID

الوقت:

Time

التاريخ:

Date

اللغة المُترجمة فوريًا:

Language Interpreted

