

통역 서비스 확인 및 거부

어드보케이트 오로라 건강 (Advocate Aurora Health)은 귀하에게 자격을 갖춘 의학 통역사를 무료로 제공하는 언어 지원 서비스를 제안하였습니다. 자격을 갖춘 의학 통역사는 귀하의 언어 및 귀하가 접한 것과 관련된 의학 용어를 이해합니다.

귀하는 본인의 통역사를 준비하지 않아도 됩니다

귀하는 다음의 권리를 가집니다.

- 무료 통역 서비스를 받을 권리
- 제안된 통역사를 거부하고 본인의 통역사와 함께 진행할 권리(만 18세 이상이어야 함)

귀하가 어드보케이트 오로라 건강 (Advocate Aurora Health)의 자격이 있는 의학 통역사 또는 보조 서비스를 무료로 이용하고자 하는 경우, 통역 서비스 제공을 준비하는 간호사 또는 환자 치료팀에 알려주기만 하면 됩니다.

가족 구성원이든 동반자이든 본인의 통역사를 이용하기로 선택한 경우, 해당 인물이 의학 용어에 대한 정식 교육을 받지 않았을 수 있으며, 다음과 같은 경우가 있을 수 있다는 것을 인정합니다.

- 귀하 또는 귀하의 치료팀에 치료에 해를 끼칠 수 있는 잘못된 정보를 줄 수 있습니다.
- 정보를 추가하거나 빠뜨릴 수 있습니다.
- 귀하가 알리길 원하지 않는 귀하에 대한 정보를 알게 될 수 있습니다.
- 귀하에 대한 사적인 정보를 다른 사람에게 알릴 수 있습니다. 및/또는
- 의사, 간호사 또는 치료팀의 다른 직원을 오해할 수 있습니다.

어드보케이트 오로라(Advocate Aurora) 의학 통역 서비스 거부

어드보케이트 오로라 건강 (Advocate Aurora Health)은 제안된 자격이 있는 의학 통역사 사용을 거절하는 것에 대한 위험을 본인의 언어로 설명했습니다. 또한, 본인은 서비스 제공자가 효과적인 의사소통을 위해 자격을 갖춘 의학 통역사를 활용할 수 있는 안전상의 목적을 이해합니다. 또한, 본인이 응급 의료 서비스를 받고 있는 경우, 본인의 통역사를 제공하는 것을 선호하는 경우에도 서비스 제공자가 자격이 있는 의학 통역사를 이용할 수 있다는 것을 이해합니다. 또한, 응급이 아닌 상황에서, 본인이 서비스 제공자가 자격을 갖춘 의학 통역사의 지원을 사용하는 것을 거절하고 서비스 제공자가 통역사가 없이는 해당 예약을 안전하게 수행할 수 없다고 느낀다면, 서비스 제공자가 비응급 만남을 종료할 수 있다는 것을 이해합니다.

본인은 본인의 통역사 제공과 관련된 위험을 이해하며 어드보케이트 오로라 건강 (Advocate Aurora Health)이 제공하는 통역사를 거부하기로 선택했으며, 본인의 통역사를 제공할 것입니다.

환자가 선택한 통역사: _____ 환자와의 관계: _____

Patient Selected Interpreter

Relationship to Patient

날짜: _____ 시각: _____ 환자 서명: _____
Date Time Patient Signature
 (또는 부모/법정후견인/환자 대리인) / (or Parent/Legal Guardian/Patient Representative)

날짜: _____ 시각: _____ 팀 구성원(증인) 서명: _____
Date Time Team Member (Witness) Signature

날짜: _____ 시각: _____ 통역사 이름/ ID: _____
Date Time Interpreter Name/ ID

통역되는 언어: _____
Language Interpreted

