

POTWIERDZENIE I ODMOWA SKORZYSTANIA Z USŁUGI TŁUMACZA

Advocate Aurora Health zaoponowała Panu/Pani bezpłatną pomoc językową świadczoną przez wykwalifikowanego tłumacza medycznego, przeszkolonego w zakresie ochrony Państwa prywatności. Wykwalifikowany tłumacz medyczny rozumie Pana/Pani język i terminologię medyczną związaną z Pana/Pani wizytą.

NIE WYMAGA SIĘ OD PANA/PANI ZORGANIZOWANIA USŁUG WŁASNEGO TŁUMACZA

Ma Pan/Pani prawo:

- Otrzymywać usługi tłumacza bezpłatnie.
- Odmówić w przypadku zaproponowania takich usług i korzystać z własnego tłumacza (musi mieć co najmniej 18 lat).

Jeśli zdecyduje się Pan/Pani skorzystać z pomocy wykwalifikowanego tłumacza medycznego zapewnianego przez Advocate Aurora Health lub usług pomocniczych świadczonych bez żadnych kosztów, wystarczy powiadomić o tym pielęgniarzkę lub innego członka zespołu opieki medycznej, który zajmie się przygotowaniem takich usług.

Jeśli zdecyduje się Pan/Pani skorzystać z własnego tłumacza, niezależnie od tego, czy będzie to członek rodziny, czy znajomy, przyjmuje Pan/Pani do wiadomości, że ta osoba ta może nie mieć formalnego wykształcenia w zakresie terminologii medycznej i może między innymi:

- przekazywać Panu/Pani lub opiekującemu się Państwem zespołowi nieprawidłowe informacje, które mogą zaszkodzić sprawowanej opiece;
- dodawać lub pomijać niektóre informacje;
- pozyskiwać informacje o Panu/Pani, czego mogą sobie Państwo nie życzyć;
- przekazywać innym osobom informacje o Panu/Pani, które w innym przypadku byłyby danymi prywatnymi; i/lub
- źle zrozumieć opiekujących się Panem/Panią lekarza, pielęgniarzkę lub innego członka zespołu opieki medycznej.

Odmowa korzystania z usług tłumacza zapewnianych przez Advocate Aurora Medical

Advocate Aurora Health wyjaśniła mi, w moim własnym języku, zagrożenia związane z odmową skorzystania z usług wykwalifikowanego tłumacza medycznego. Rozumiem również, że ze względów bezpieczeństwa mój świadczeniodawca może skorzystać z pomocy wykwalifikowanego tłumacza medycznego w celu zapewnienia skutecznej komunikacji. Rozumiem także, że jeśli otrzymuję pomoc medyczną w nagłych wypadkach, mój świadczeniodawca może skorzystać z pomocy wykwalifikowanego tłumacza medycznego, nawet jeśli wolałbym/wolałabym wykorzystać w tym celu z pomocy własnego tłumacza. Ponadto, rozumiem, że w sytuacjach innych niż nagłe przypadki, jeśli odmówię mojemu świadczeniodawcy skorzystania z pomocy wykwalifikowanego tłumacza medycznego, a mój świadczeniodawca uzna, że nie można bezpiecznie przeprowadzić wizyty bez tłumacza, to może on może zakończyć taką wizytę (w innych niż przypadkach niż nagłe).

Rozumiem zagrożenia związane z korzystaniem z usług własnego tłumacza i decyduję się na odmowę propozycji Advocate Aurora Health zapewnienia takiego tłumacza a także zorganizuję samodzielnie takie usługi.

Tłumacz wybrany przez pacjenta: _____ Rodzaj relacji z pacjentem: _____
Patient Selected Interpreter *Relationship to Patient*

Data: _____ Godzina: _____ Podpis pacjenta: _____
Date *Time* *Patient Signature*
(lub rodzica/opiekuna prawnego/przedstawiciela pacjenta) / (or Parent/Legal Guardian/Patient Representative)

Data: _____ Godzina: _____ Podpis członka zespołu opieki medycznej (świadka): _____
Date *Time* *Team Member (Witness) Signature*

Data: _____ Godzina: _____ Imię i nazwisko tłumacza/Numer identyfikacyjny: _____
Date *Time* *Interpreter Name/ ID*

Tłumaczenie na/z języka: _____
Language Interpreted

