

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ И ОТКАЗ ОТ УСЛУГ УСТНОГО ПЕРЕВОДА

Advocate Aurora Health предлагает Вам воспользоваться бесплатной услугой помощи перевода, предоставляемой квалифицированным медицинским переводчиком, который прошел специальное обучение в целях защиты Вашей конфиденциальной информации. Квалифицированный медицинский переводчик понимает Ваш язык и применимую медицинскую терминологию.

ОТ ВАС НЕ ТРЕБУЕТСЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ВАШЕГО СОБСТВЕННОГО ПЕРЕВОДЧИКА

Вы имеете право:

- Бесплатно воспользоваться услугой устного перевода
- Отказаться от предложенной услуги и воспользоваться услугами Вашего собственного переводчика (возраст переводчика должен быть не меньше 18 лет)

Если Вы решите бесплатно воспользоваться услугами квалифицированного медицинского переводчика или другими вспомогательными услугами, предоставляемыми Advocate Aurora Health, Вам просто нужно уведомить медсестру или другого члена вашей медицинской группы и они позаботятся об организации предоставления услуг перевода.

Если Вы приняли решение воспользоваться услугами своего собственного переводчика, будь то член семьи или сопровождающее лицо, Вы осознаете, что этот человек может не быть специально обучен в вопросах медицинской терминологии и может, среди прочего:

- Предоставить Вам или членам Вашей медицинской группы неверную информацию, которая может поставить под угрозу Ваше лечение;
- Добавить или пропустить какую-то часть информации;
- Узнать информацию о Вас, которой Вы, возможно, не хотели бы делиться с другими;
- Сообщить другим Вашу конфиденциальную информацию; и/или
- Неправильно понять Вашего врача, медсестру или другого члена Вашей медицинской группы

Отказ от услуг медицинского перевода Advocate Aurora

Представители медицинского учреждения Advocate Aurora Health объяснили мне на моем родном языке риски отказа от использования услуг предложенного квалифицированного медицинского переводчика. Я также уведомлен(-а), что в целях безопасности мой врач может воспользоваться помощью квалифицированного медицинского переводчика в целях обеспечения эффективного общения. Я также уведомлен(-а), что в случае получения неотложной медицинской помощи, мой врач может воспользоваться помощью квалифицированного медицинского переводчика, даже если я предпочитаю услуги своего собственного переводчика. Учитывая мой отказ на использование помощи квалифицированного медицинского переводчика, я также осознаю, что если в неэкстренной ситуации мой врач посчитает, что безопасное проведение приема невозможно без участия переводчика, врач имеет право окончить такой неэкстренный прием.

Я осознаю риски, связанные с предоставлением моего собственного переводчика, и предпочитаю отказаться от помощи переводчика, предложенного Advocate Aurora Health, и принимаю решение воспользоваться услугами своего собственного переводчика.

Переводчик, которого выбрал пациент: _____ Степень родства с пациентом: _____
Patient Selected Interpreter *Relationship to Patient*

Дата: _____ Время: _____ Подпись пациента: _____
Date *Time* *Patient Signature*
(или родитель/законный опекун/представитель пациента) / (or Parent/Legal Guardian/Patient Representative)

Дата: _____ Время: _____ Подпись члена команды (свидетеля): _____
Date *Time* *Team Member (Witness) Signature*

Дата: _____ Время: _____ ФИО/ № удостоверения личности переводчика: _____
Date *Time* *Interpreter Name/ ID*

Язык перевода: _____
Language Interpreted

