

对口译服务的确认和拒绝

Advocate Aurora Health 免费向您提供由训练有素、能够保护您的隐私的医疗口译员提供的语言援助。合格的医疗口译人员会理解与您的疾病有关的用语和医学术语。

您无需带您自己的口译员

您有权：

- 享受免费的口译服务
- 拒绝接受我们所提供的口译员，而是使用自己的口译员（必须年满 18 岁）

如果您决定使用 **Advocate Aurora Health** 免费提供的、符合资格的医疗口译员服务及辅助服务，只需通知护士或患者护理团队的其他人员，他们就将就提供口译服务进行安排。

如果您选择使用自己的口译员，无论是家庭成员还是其他陪伴您的人，您在此承认，该人可能没有接受医学术语的正式培训，并且有其他不足之处，其中包括：

- 向您或您的护理团队提供不正确的信息，这些信息可能会损害您的治疗效果；
- 凭添或漏掉信息；
- 掌握您不希望让他人了解的有关您的信息；
- 将有关您的信息告知他人，而这些信息本应是私密的；及/或
- 对您的医生、护士或护理团队的其他成员的话有错误理解。

拒绝 Advocate Aurora 医疗口译服务

Advocate Aurora Health 已使用我的母语向我解释了拒绝使用其所提供的合格医疗口译员的风险。我还了解，出于安全目的，医疗人员可能会使用合格的医疗口译员来确保有效的沟通。我也了解，如果我要接受紧急医疗服务，即使我愿意提供自己的口译员，医疗人员仍会使用合格的医疗口译员。此外，我了解，在非紧急情况下，如果我拒绝让医疗人员借助合格医疗口译员的协助，同时医疗人员认为，口译人员不在场的情况下无法安全地进行诊疗，则医疗人员可能会终止非紧急的治疗。

我了解，使用我自己的口译员会带来的风险，而我选择拒绝 Advocate Aurora Health 提供的口译员，并将使用我自己的口译员。

患者所选择的口译员： _____ 与患者的关系： _____
Patient Selected Interpreter Relationship to Patient

日期： _____ 时间： _____ 患者签名： _____
Date Time Patient Signature
(或父母法定监护人/患者代表) / (or Parent/Legal Guardian/Patient Representative)

日期： _____ 时间： _____ 团队成员（见证人）签名： _____
Date Time Team Member (Witness) Signature

日期： _____ 时间： _____ 口译员姓名 / ID： _____
Date Time Interpreter Name / ID

所翻译的语言： _____
Language Interpreted

