

CONOCIMIENTO Y RECHAZO DEL SERVICIO DE INTERPRETACIÓN

Advocate Aurora Health le ha ofrecido apoyo lingüístico sin costo para usted, proporcionado por un intérprete médico calificado que está capacitado para proteger su privacidad. Un intérprete médico calificado entiende su idioma y la terminología médica relacionada con su encuentro.

NO NECESITA TRAER SU PROPIO INTÉRPRETE

Tiene derecho a:

- **Recibir los servicios de intérprete sin costo**
- **Rechazar el intérprete ofrecido y emplear los servicios de su propio intérprete (debe tener por lo menos 18 años de edad)**

Si decide usar los servicios de intérprete médico calificado sin costo de Advocate Aurora Health, solo es necesario que le informe a un enfermero o a otro miembro de equipo de atención a pacientes, quien coordinará la prestación de los servicios de interpretación.

Si decide utilizar su propio intérprete, ya sea un miembro de su familia o un acompañante, debe reconocer que es posible que la persona no tenga capacitación formal en terminología médica, y que podría, entre otras cosas:

- Darle a usted o a su equipo médico información incorrecta que podría comprometer su atención;
- Agregar u omitir información;
- Conocer información sobre usted que posiblemente usted no desee que conozca;
- Contarle a otros información sobre usted que, de no hacerlo, permanecería privada; y/o
- Malinterpretar a su médico, enfermero u otros miembros de su equipo de atención médica.

Rechazo de los servicios de interpretación médica de Advocate Aurora

Advocate Aurora Health me ha explicado, en mi propio idioma, los riesgos de rechazar los servicios de un intérprete médico calificado que me han ofrecido. También entiendo para fines de seguridad que mi proveedor puede utilizar un intérprete médico calificado para garantizar una comunicación eficaz. También entiendo que, si estoy recibiendo servicios médicos de emergencia, mi proveedor puede usar los servicios de un intérprete médico calificado, incluso si yo hubiera preferido proporcionar mi propio intérprete. Además, entiendo que, en una situación que no sea de emergencia, si me rehúso a permitir que mi proveedor emplee la asistencia de un intérprete médico calificado y mi proveedor siente que la cita no se puede realizar de manera segura sin un intérprete, el proveedor puede dar por terminado el encuentro no urgente.

Entiendo los riesgos que implica proporcionar mi propio intérprete y decido rechazar el intérprete ofrecido por Advocate Aurora Health y proporcionaré mi propio intérprete.

Intérprete seleccionado por el paciente: _____ Relación con el paciente: _____
Patient Selected Interpreter Relationship to Patient

Fecha: _____ Hora: _____ Firma del paciente: _____
Date Time Patient Signature
(o el padre/el tutor legal/el representante del paciente) / (or Parent/Legal Guardian/Patient Representative)

Fecha: _____ Hora: _____ Firma del miembro del equipo (testigo): _____
Date Time Team Member (Witness) Signature

Fecha: _____ Hora: _____ Nombre/identificación del intérprete: _____
Date Time Interpreter Name/ ID

Idioma de la interpretación: _____
Language Interpreted

