

Formulario de Reconocimiento de Asistencia Lingüística

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Plan de salud

<input type="checkbox"/> Comercial	<input type="checkbox"/> Aetna	<input type="checkbox"/> Care 1st	<input type="checkbox"/> Health Net	<input type="checkbox"/> Molina
<input type="checkbox"/> Duals	<input type="checkbox"/> Alignment	<input type="checkbox"/> Central Health	<input type="checkbox"/> Heritage	<input type="checkbox"/> SCAN
<input type="checkbox"/> Medi-Cal	<input type="checkbox"/> Blue Cross	<input type="checkbox"/> Cigna	<input type="checkbox"/> Inland Empire	<input type="checkbox"/> United
<input type="checkbox"/> Senior	<input type="checkbox"/> Blue Shield	<input type="checkbox"/> Easy Choice	<input type="checkbox"/> Inter Valley	<input type="checkbox"/> Otro (especificar):
	<input type="checkbox"/> Cal Optima	<input type="checkbox"/> Golden State	<input type="checkbox"/> L.A. Care	_____

Idioma principal que habla: _____

Se informó al miembro acerca de la disponibilidad del servicio de interpretación del grupo médico y/o del plan de salud. (Debe documentarse)

- SÍ. Se me informó acerca de la disponibilidad del servicio de interpretación**
- NO. Rechacé los servicios de interpretación**

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____

PARA USO ADMINISTRATIVO EXCLUSIVAMENTE

Documentación de la asistencia del servicio de interpretación.

Agencia del intérprete: _____ Fecha: _____

Nombre del intérprete: _____ Fecha: _____

Firma del personal: _____ Fecha: _____

