



## Pormularyo upang Humiling/Tanggihan ang mga Serbisyo sa Pagsasalin

Pangalan ng pasyente: \_\_\_\_\_

Pangunahing wika: \_\_\_\_\_

- Oo, humihiling ako ng mga serbisyo ng pagsasalin.  
(Mga) Wika: \_\_\_\_\_
- Mas gusto kong gamitin ang aking pamilya o kaibigan bilang isang tagasalin.
- Hindi, ayaw ko ng mga serbisyo ng pagsasalin.
- Hindi naaangkop

Mangyaring ipaliwanag:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Pirma ng Pasyente

\_\_\_\_\_  
Petsa

Mangyaring ilagay sa medical record ng pasyente.  
Please place this form in the patient's medical record.  
Blue Shield of California Promise Health Plan  
Request/Refusal Tagalog