



Promise Health Plan

## Formulario Para Solicitar/Rechazar Servicios de Intérprete

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Idioma preferido: \_\_\_\_\_

Si, necesito servicios de intérprete.  
Idioma(s):

\_\_\_\_\_

No, Prefiero utilizar un familiar o amistad como intérprete.

No, requiero servicios de intérprete.

No, me corresponde.

Por favor explique:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

Please place this form in the patient's medical record. Request/Refusal - Spanish