



Promise
Health
Plan

Mẫu Yêu Cầu/Từ Chối Dịch Vụ Thông Dịch

Tên bệnh nhân _____

Ngôn ngữ chính _____

Có, tôi có yêu cầu dịch vụ thông dịch.
(các) Ngôn ngữ: _____

Tôi muốn dùng người trong gia đình hoặc bạn làm thông dịch viên.

Không, tôi không cần dịch vụ thông dịch.

Không áp dụng

Xin giải thích: _____

Chữ ký bệnh nhân

Ngày

*Please place in patient's medical record

Blue Shield of California Promise Health Plan
Request/Refusal-Vietnamese