



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.