



Solicitud/denegación de servicios de interpretación

Tiene derecho a recibir servicios de interpretación sin costo alguno para usted. Un intérprete profesional les ayuda a usted y a su proveedor a comunicarse cuando no hablan el mismo idioma. No debería recurrir a familiares, amigos o menores de edad para que interpreten.

Nombre del paciente: _____

Idioma hablado de preferencia: _____

Estoy solicitando un intérprete.

Idioma: _____

No, no quiero usar un intérprete.

No, no quiero un intérprete y prefiero que un familiar o un amigo sea quien interprete.

Firma del paciente

Fecha

Please place this form in the patient's medical record.
Incluya este formulario en el expediente médico del paciente.
Solicitud/denegación - Inglés

Miembros del condado de Los Ángeles: Para obtener más ayuda y recursos, visite blueshieldca.com/promise/medical. También puede llamar a Servicio al Cliente al (800) 605-2556 (TTY: 711), de lunes a viernes de 8 a.m a 6 p.m. (hora del Pacífico).

Miembros del condado de San Diego: Para obtener más ayuda y recursos, visite blueshieldca.com/promise/medical. También puede llamar a Servicio al Cliente al (855) 699-5557 (TTY: 711), de lunes a viernes de 8 a.m a 6 p.m. (hora del Pacífico).

3840 Kilroy Airport Way, Long Beach, CA 90806