



JAMES R. GAUL · MICHAEL J. KELLEHER · DANIEL J. KELLEY | M.D., F.A.C.S.

Offices located in Salisbury & Berlin

phone: +1 (410) 742-1567 fax: +1 (410) 742-1906

Idioma Interpretación Consentimiento

Paciente: _____ **Nacimiento:** ___/___/___

Eastern Shore ENT and Allergy se compromete a garantizar la igualdad de acceso, independientemente de su origen nacional / las barreras del idioma y se asegurará la comunicación eficaz se consigue con todos los pacientes. Pascua Shore ENT and Allergy mantiene discreción sobre la forma de lograr una comunicación eficaz.

Entiendo que si necesito interpretación de la lengua, se me solicitará en contacto con mi seguro médico o proveedor de fondos federales clínica de salud basado en la comunidad para organizar interpretación de la lengua durante una visita al consultorio del paciente según lo previsto como parte de sus beneficios. Información sobre el intérprete se recogerán y entró en mi expediente médico electrónico como un documento escaneado. Se le pedirá al intérprete para que firme un formulario declarando que prestan los servicios de interpretación de idiomas para el paciente. Voy a pedir que firme un formulario de consentimiento que he recibido servicios de interpretación de idiomas. Entiendo que los errores de interpretación pueden ser hechas por intérpretes con buenas intenciones. Estos errores tienen potenciales consecuencias clínicas con respecto al consentimiento informado. Entiendo que los intérpretes de lengua no son profesionales de la medicina y puede no ser capaz de interpretar adecuadamente los conceptos médicos complejos de manera imparcial e independiente, durante la entrega de servicios de salud.

Entiendo que ENT costa oriental y Alergia serán irreprensibles y no se hace responsable de los posibles errores en la interpretación de la lengua que se pueden producir como consecuencia de la prestación de servicios médicos. Además, como parte del proceso de consentimiento, y con el fin de asegurar la continuidad de la atención, y que el intérprete se requerirá que firme un formulario de consentimiento y el intérprete debe estar disponible durante todo el proceso de prestación de atención médica, incluyendo consultas, procedimientos , y en el período post-procedimiento.

Tengo la opción de utilizar la familia y / o amigos como intérpretes. Esto debe ocurrir solamente si he solicitado ayuda interpretación de la lengua como se indicó anteriormente y esta solicitud ha sido rechazada por escrito y documentado en mi disco. **Los familiares y amigos que prestan interpretación del lenguaje deben tener 18 años de edad o más y se requiere para cumplir con los mismos requisitos que un intérprete del lenguaje como se indicó anteriormente.** Entiendo que los amigos y familiares que actúan como intérpretes de lenguaje en la prestación de servicios de salud no son profesionales de la medicina y puede ser incapaz de interpretar adecuadamente los conceptos médicos complejos de una manera informada, imparcial e independiente.

Eastern Shore ENT and Allergy será perfecto y no se hace responsable de los posibles errores en la interpretación de la lengua que se pueden producir como consecuencia de la falta de disponibilidad del intérprete al tiempo que proporciona servicios médicos. Si el intérprete designado no está disponible al momento de la visita al consultorio o procedimiento, la visita al consultorio o procedimiento se volverá a programar cuando el intérprete está disponible.

Si un intérprete de lenguaje no puede ser proporcionada por mí, mi plan de seguro, o mi organización de salud comunitaria con fondos federales, Shore ENT oriental y Alergia pagarán intérpretes basados en incrementos de 15 minutos a una velocidad que se determinará antes de mi visita al consultorio y no va a pagar por el tiempo de viaje o intérpretes que sean familiares o amigos del paciente.

Entiendo ENT costa oriental y Política de Interpretación de Idiomas de Alergias y doy mi permiso para el uso de los servicios de interpretación de idiomas a los efectos de la comunicación de la información médica. Entiendo que el intérprete tendrá acceso a mi información médica, sólo a través de la interpretación de esta información. Entiendo que el intérprete no tendrá acceso a mi expediente médico por escrito.

Paciente

Intérprete

Proveedor

Testigo

Fecha ____/____/____

Revised June 2019

Idioma Interpretator Consentimiento

Paciente: _____ **Nacimiento:** ____ / ____ / ____

Eastern Shore ENT and Allergy se compromete a garantizar la igualdad de acceso, independientemente de su origen nacional las barreras del idioma y se asegurará una comunicación eficaz se consigue con todos los pacientes. Pascua Shore ENT and Allergy mantiene discreción sobre la forma de lograr una comunicación efectiva. Entiendo que voy a dar interpretación de la lengua de (nombre del paciente) _____.

Información sobre mí se recogerán y entró en la historia clínica electrónica del paciente como un documento escaneado.

Entiendo que los errores de interpretación que se pueden hacer durante el proceso de interpretación y estos errores tienen potenciales consecuencias clínicas con respecto al consentimiento informado. Estoy de acuerdo en que no soy profesional de la medicina y puede que no sea capaz de interpretar adecuadamente los conceptos médicos complejos de manera imparcial e independiente, durante la entrega de servicios de salud. Entiendo que ENT costa oriental y Alergia serán irreprensibles y no se hace responsable de los posibles errores en la interpretación de la lengua que se pueden producir como consecuencia de la prestación de servicios médicos.

Además, como parte del proceso de consentimiento, y con el fin de asegurar la continuidad de la atención, me comprometo a estar disponible durante todo el proceso de prestación de atención médica, incluyendo consultas, procedimientos, y en el período post-procedimiento.

Eastern Shore ENT and Allergy será perfecto y no se hace responsable de los posibles errores en la interpretación de la lengua que se pueden producir como consecuencia de la falta de disponibilidad del intérprete al tiempo que proporciona servicios médicos. Si no estoy disponible en el momento de la consulta o procedimiento, la consulta o el procedimiento se volverá a programar cuando esté disponible.

Entiendo ENT costa oriental y Política de Interpretación de Idiomas de alergia, ya que se aplica a mí para el uso de los servicios de interpretación de idiomas a los efectos de la comunicación de la información médica.

Entiendo que voy a tener acceso a la información médica del paciente y yo honraré privacidad médica del paciente según lo señalado por de Portabilidad y Responsabilidad de 1996.

Paciente

Intérprete

Testigo

Proveedor

Fecha ____ / ____ / ____