

语言协助确认表

病人姓名: _____ 日期: _____

健保计划

<input type="checkbox"/> Commercial	<input type="checkbox"/> Aetna	<input type="checkbox"/> Care 1st	<input type="checkbox"/> Health Net	<input type="checkbox"/> Molina
<input type="checkbox"/> Duals	<input type="checkbox"/> Alignment	<input type="checkbox"/> Central Health	<input type="checkbox"/> Heritage	<input type="checkbox"/> SCAN
<input type="checkbox"/> Medi-Cal	<input type="checkbox"/> Blue Cross	<input type="checkbox"/> Cigna	<input type="checkbox"/> Inland Empire	<input type="checkbox"/> United
<input type="checkbox"/> Senior	<input type="checkbox"/> Blue Shield	<input type="checkbox"/> Easy Choice	<input type="checkbox"/> Inter Valley	<input type="checkbox"/> 其它(请说明):
	<input type="checkbox"/> Cal Optima	<input type="checkbox"/> Golden State	<input type="checkbox"/> LA Care	_____

主要口语: _____

会员已被告知医疗团体和/或健保计划可提供口译服务。(必须记录)

- 是 - 我已被告知可使用口译服务
- 否 - 我拒绝口译服务

病人签名: _____ 日期: _____

见证人签名: _____ 日期: _____

仅供行政用途

口译服务协助文件记录。

口译机构: _____ 日期: _____

口译员姓名: _____ 日期: _____

职员签名: _____ 日期: _____

