

語言協助確認表

病患姓名：_____ 日期：_____

健保計畫

<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"/> 其他 (請說明) : _____
	<input type="checkbox"/> Cal Optima	<input type="checkbox"/> Golden State	<input type="checkbox"/> LA Care	

使用的主要語言：_____

會員被告知可提供服務的醫療團體和 (或) 健保計畫口譯服務。(必須記錄)

- 是 - 我被告知可使用口譯服務
 否 - 我拒絕使用口譯服務

病患簽名：_____ 日期：_____

見證人簽名：_____ 日期：_____

僅供管理人員使用

口譯服務協助的紀錄。

口譯員代理公司：_____ 日期：_____

口譯員姓名：_____ 日期：_____

職員簽名：_____ 日期：_____

