



## RENUNCIA A LOS SERVICIOS DE INTÉRPRETE

**NOMBRE DEL(DE LA) PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL(DE LA) INTÉRPRETE:** \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ entiendo que conforme a ley federal, tengo derecho a intérprete médico calificado y facilitado gratuitamente por la Facultad de Medicina de la Universidad de Colorado (*SOM por sus siglas en inglés*) para que me explique, en mi idioma, la información relacionada con mi tratamiento médico. Reconozco que *SOM* me explicó este derecho en mi idioma.

Entiendo que *SOM* facilita este servicio gratuitamente a sus pacientes que hablan poco inglés, o que no lo hablan.

Entiendo que pueden facilitarme este servicio de intérprete médico calificado en persona y/o comunicándome con un intérprete médico calificado por teléfono u otro aparato.

*SOM* me anima a usar los servicios de intérprete médico calificado que *SOM* facilita. Reconozco que *SOM* me explicó, en mi idioma, la importancia de que un intérprete calificado me explique la información sobre el tratamiento médico, en mi idioma, para que yo pueda entender mi tratamiento médico, participar de lleno y con pleno conocimiento, en las decisiones sobre mi tratamiento médico.

Reconozco que el personal de *SOM* discutió conmigo los riesgos de usar amistades o parientes como mis intérpretes médicos. Estos riesgos, como me los explicó *SOM*, incluyen pero no se limitan a lo siguiente:

- Los parientes o amistades talvez no tengan las habilidades bilingües y el vocabulario técnico necesario para interpretar información completa y acertadamente con respecto a mi tratamiento médico.
- Los parientes o amistades podrían no estar comprometidos con ciertas normas de privacidad, confidencialidad, ética y responsabilidad lingüística igual que un() intérprete médico(a) calificado(a), y
- Podrían surgir asuntos sobre mi tratamiento médico que sean delicados y/o que sean difíciles de discutir conmigo por medio de mi pariente o amistad.

Sin embargo, libre y voluntariamente, con pleno conocimiento, he decidido usar a una amistad y/o pariente como intérpretes con respecto a información sobre mi tratamiento médico. Libre y voluntariamente rechazo el servicio de intérprete que me ha ofrecido *SOM*.

Entiendo los riesgos en usar a mis amistades y parientes como mis intérpretes. Libre y voluntariamente, y con pleno conocimiento asumo los riesgos.



# Sports Medicine and Performance Center

IN PARTNERSHIP WITH BOULDER COMMUNITY HEALTH

Entiendo que al usar a mis amistades o parientes como mis intérpretes, les será revelada la información confidencial a mis amistades o parientes y estoy de acuerdo con que se pueda hacer esta divulgación.

Entiendo que usar a una amistad o pariente como mi intérprete, mi evaluación y/o tratamiento médico puede demorarse si él o ella no está presente cuando se necesite.

Entiendo que puedo cambiar de parecer en cualquier momento y pedirle a mi médico o al personal médico que SOM me facilite intérprete.

Yo, \_\_\_\_\_ he leído lo que antecede y he recibido copia.

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre de Paciente (en letra de molde)