

## Renuncia a Servicios de Intérprete

Yo \_\_\_\_\_, entiendo que \_\_\_\_\_ ofrece los servicios de intérpretes médicos cualificados para todos los pacientes con conocimientos limitados del idioma inglés ya sea de manera personal o por teléfono. Renuncio a tales servicios y en cambio elijo que me interprete un amigo adulto o un familiar. Comprendo que \_\_\_\_\_ ha discutido conmigo los riesgos inherentes en el uso de amigos o miembros de la familia, incluyendo pero no limitándose a:

- Que quizá los familiares o amigos carezcan de las habilidades de intérprete o lingüísticas requeridas para interpretar con precisión y completamente en un entorno médico;
- Es posible que los familiares o amigos no se sientan obligados a mantener los mismos criterios de privacidad y confidencialidad que los de un intérprete profesional; y
- Que surjan temas que son delicados y/o difíciles de discutir por medio de un familiar o amigo.

Voluntariamente y con conocimiento rechazo los servicios de intérprete que \_\_\_\_\_ ha ofrecido. Comprendo los riesgos potenciales implicados y acepto asumirlos. Elijo tener como intérprete a un miembro de la familia o a un amigo adulto.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre del Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

