

WHITTIER PEDIATRIC GROUP

FORMULARIO DE ACUSE DE ASISTENCIA DE IDIOMAS

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Fecha: _____

Plan de Salud

<input type="checkbox"/> Commercial	<input type="checkbox"/> Aetna	<input type="checkbox"/> Blue Shield Promise (care 1 ST)	<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 Health
<input type="checkbox"/> Senior	<input type="checkbox"/> Blue shield	<input type="checkbox"/> Easy Choice	<input type="checkbox"/> Inter Valley	<input type="checkbox"/> Other (Specify)
	<input type="checkbox"/> Cal Optima	<input type="checkbox"/> Golden State	<input type="checkbox"/> LA Care	_____

Lenguaje Primario: _____

Miembro fue informado de los Grupos Médicos y Plan de Salud que ofrecen servicios de Interprete. (MUST DOCUMENT)

Sí – fui informado de los servicio de intérpreter y acepte la forma de asistencia de lenguaje del plan Medico.

No – Yo rechazo usar servicios de Interprete.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma de testigo: _____ Fecha: _____

FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY

Documentation of Interpreter Service assistance.

Interpreter Agency: _____ Date: _____

Interpreter Name: _____ Date: _____

Staff Signature: _____ Date: _____