



CHILDREN'S PROGRAM

NOMBRE:
FECHA DE NACIMIENTO:
FECHA:

Formulario de Consentimiento para el uso del Intérprete de Idiomas

Para El Cliente:

Por la presente doy mi permiso para que el Programa de Niños (Children's Program) use un intérprete de idiomas para comunicar información médica en la fecha del servicio indicado arriba. Entiendo que el intérprete tendrá acceso a mi información médica solo a través de la interpretación de esta información. Entiendo que el intérprete NO tendrá acceso a mis registros médicos escritos.

Idioma Requerido: _____

Firma del Cliente _____ Fecha _____

Testigo/Título _____ Fecha _____

Para El Intérprete:

Yo, _____ (Nombre del intérprete), acepto interpretar con precisión la comunicación escrita y verbal entre el cliente indicado arriba, el personal y los voluntarios de el Programa de Niños (Children's Program) en el lenguaje indicado arriba. Acepto mantener la confidencialidad del cliente de acuerdo con las políticas de privacidad y confidencialidad de el Programa de Niños (Children's Program).

Firma del Inteprete _____ Fecha _____

Relación con el Cliente _____

Testigo/Título _____ Fecha _____