

언어 지원 인지 확인서

환자 이름: _____ 날짜: _____

건강보험

<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"/> 기타 (명시하십시오):
	<input type="checkbox"/> Cal Optima	<input type="checkbox"/> Golden State	<input type="checkbox"/> LA Care	_____

주요 사용 언어: _____

회원은 의료 그룹 및/또는 건강보험의 통역 서비스 제공에 대한 정보를 받았습니다. (필수 문서)

- 예 - 본인은 통역 서비스 제공에 대한 정보를 받았습니다
- 아니오 - 본인은 통역 서비스를 거부했습니다

환자 서명: _____ 날짜: _____

증인 서명: _____ 날짜: _____

관리자 전용

통역 서비스 지원 기록.

통역 에이전시: _____ 날짜: _____

통역사 이름: _____ 날짜: _____

직원 서명: _____ 날짜: _____

