

# Form ng Pagkumpirma ng Tulong sa Wika

Pangalan ng Pasyente: \_\_\_\_\_ Petsa: \_\_\_\_\_

## Planong Pangkalusugan

<input type="checkbox"/> <b>Commercial</b>	<input type="checkbox"/> Aetna	<input type="checkbox"/> Care 1st	<input type="checkbox"/> Health Net	<input type="checkbox"/> Molina
<input type="checkbox"/> <b>Duals</b>	<input type="checkbox"/> Alignment	<input type="checkbox"/> Central Health	<input type="checkbox"/> Heritage	<input type="checkbox"/> SCAN
<input type="checkbox"/> <b>Medi-Cal</b>	<input type="checkbox"/> Blue Cross	<input type="checkbox"/> Cigna	<input type="checkbox"/> Inland Empire	<input type="checkbox"/> United
<input type="checkbox"/> <b>Senior</b>	<input type="checkbox"/> Blue Shield	<input type="checkbox"/> Easy Choice	<input type="checkbox"/> Inter Valley	<input type="checkbox"/> Iba pa (Tukuyin):
	<input type="checkbox"/> Cal Optima	<input type="checkbox"/> Golden State	<input type="checkbox"/> LA Care	_____

Pangunahing Wikang Sinasalita: \_\_\_\_\_

**Inabisuhan ang miyembro tungkol sa pagiging available ng Serbisyo ng Interpreter ng Medikal na Pangkat at/o Planong Pangkalusugan. (Dapat idokumento)**

- OO** - Ipinaalam sa akin ang tungkol sa pagiging available ng Serbisyo ng Interpreter
- HINDI** - Tumanggi ako sa Mga Serbisyo ng Interpreter

Lagda ng Pasyente: \_\_\_\_\_ Petsa: \_\_\_\_\_

Lagda ng Saksi: \_\_\_\_\_ Petsa: \_\_\_\_\_

## PARA LANG SA PANG-ADMINISTRATOR NA PAGGAMIT

Dokumentasyon ng tulong na Serbisyo ng Interpreter.

Ahensya ng Interpreter: \_\_\_\_\_ Petsa: \_\_\_\_\_

Pangalan ng Interpreter: \_\_\_\_\_ Petsa: \_\_\_\_\_

Lagda ng Tauhan: \_\_\_\_\_ Petsa: \_\_\_\_\_

