



Promise
Health
Plan

要求或拒絕口譯服務表格

病人姓名： _____

首選語言： _____

是的，我要求口譯服務。

語言： _____

不，我寧願我的家人或朋友幫我翻譯。

不，我不需要口譯服務。

不適用。

請解釋： _____

病人簽名

日期

Please keep this form in the patient's medical record.
Chinese