



Promise
Health
Plan

Заявление / отказ от услуг переводчика

Имя пациента _____

Родной язык _____

Да, прошу предоставить мне услуги переводчика.
Язык(-и): _____

Я предпочитаю использовать в качестве переводчика родственника или знакомого.

Нет, мне не нужны услуги переводчика.

Ко мне это не относится.

Объяснение: _____

Подпись пациента

Дата

Please place this form in the patient's medical record.
Blue Shield of California Promise Health Plan
Request/Refusal Russian