

LANGUAGE /LINGUISTIC INFORMATION

DATE:

Linguistic Service Needs

Patient Name: Last Name			First Name			Middle Initial			
Primary Language:					Secondary Language:				
Interpreter Services Offered: [<input type="checkbox"/>]Yes [<input type="checkbox"/>]No					Interpreter Services Accepted: [<input type="checkbox"/>]Yes [<input type="checkbox"/>]No (if No – indicate who will interpret for patient)				
Interpreter Services Provided By: [<input type="checkbox"/>] PCP [<input type="checkbox"/>] Other (if Other explain here)					Is Patient Hearing Impaired: [<input type="checkbox"/>]Yes [<input type="checkbox"/>]No (if Yes, indicate services offered)				

Servicios De Linguistica

Nombre del paciente: Apellido			Nombre			Inicial			
Idioma principal:					Otra idioma:				
Le ofrecieron servicios sobre interprete?: [<input type="checkbox"/>]Si [<input type="checkbox"/>]No					Acepto los servicios sobre interprete?: [<input type="checkbox"/>]Si [<input type="checkbox"/>]No (si no acepto interpret, porfavor indique quien va ser el interprete del paciente)				
Servicios de interprete proveados por: [<input type="checkbox"/>] Doctor [<input type="checkbox"/>] Otra persona (si el interprete es otra persona, indique quien es)					Es el paciente sordo o mudo?: [<input type="checkbox"/>]Si [<input type="checkbox"/>]No (si es, indique cuales servicios le ofrecieron)				