

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 <small>(if No - indicate who will interpret for patient)</small> | | |
| Interpreter Services Provided By: <input type="checkbox"/> PCP <input type="checkbox"/> Other <small>(if Other explain here)</small> | | Is Patient Hearing Impaired: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <small>(if Yes, indicate services offered)</small> | | |

Servicios De Linguistica

| | | | | |
|---|--|---------------------|--------|---------|
| Nombre del paciente: Apellido | | | Nombre | Initial |
| 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 <small>(si no acepto interpret, porfavor indique quien va ser el interprete del paciente)</small> | | | | |
| Servicios de interprete proveados por: <input type="checkbox"/> Doctor <input type="checkbox"/> Otra persona <small>(si el interprete es otra persona, indique quien es)</small> | | | | |
| Es el paciente sordo o mudo?: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <small>(si es, indique cuales servicios le ofrecieron)</small> | | | | |