

I hereby release the Ohio State University Medical Center ("OSUMC") and its physicians and staff from any and all liability arising from my refusal to use the free services of a qualified medical interpreter who is trained in medical terminology.

I understand that:

- OSUMC offers the interpretive services to me at no charge.
- OSUMC recommends the use of a specially trained medical interpreter so that medical information is presented accurately and completely.
- The interpreter is bound by contract and by ethical standards to hold my medical information in confidence and not disclose it to anyone other than my caregivers.

Because I am choosing not to use the free services of a trained and qualified medical interpreter, OSUMC and its physicians and staff will not be responsible for any claims arising from mistaken, inaccurate or incomplete interpretation of information, either from me to my caregivers or from my caregivers to me, regardless of the nature of the claim or the events resulting from the mistaken, inaccurate or incomplete interpretation,

Please complete the following if you are choosing to provide your own interpreter:

_____ will act as my interpreter,
Name of Interpreter

Interpreter's Telephone Number(s)

I understand that:

- The person acting as my interpreter must be over 18 years of age.
- OSUMC will not accept a bill from or pay for the services of the interpreter,
- OSUMC reserves the right to have an interpreter present to assure that information is being communicated accurately and completely.
- I can change my mind and request the free services of a trained and qualified medical interpreter at any time during my course of treatment.
- This waiver pertains to interpreter services only, and does not entitle my interpreter to act as my Authorized, Representative.
- By placing my signature below, I acknowledge that I understand the content of this form* and that any questions that I have regarding this form have been answered to my satisfaction.

Patient/Authorized Representative _____ *Date* _____

Interpreter _____ *Date* _____

Interpreter Employer or Agency Name _____

The completed waiver form should be placed in the patient's chart.

THE OHIO STATE UNIVERSITY MEDICAL CENTER

Patient Name:

Medical Record Number:

Date of Birth:.

WAIVER OF FREE INTERPRETIVE SERVICES FORM

MC2020Q9 (7/07)





Настоящим я освобождаю Медицинский центр Университета штата Огайо ("OSUMC") и его врачей и персонал от любой ответственности, связанной с моим отказом воспользоваться бесплатными услугами квалифицированного медицинского переводчика, который имеет опыт в использовании медицинской терминологии.

Я понимаю, что:

- Медицинский центр Университета штата Огайо предлагает мне услуги переводчика бесплатно.
- Медицинский центр Университета штата Огайо рекомендует воспользоваться услугами специально обученного медицинского переводчика, чтобы медицинская информация представлялась точно и полно.
- Переводчик связан контрактными обязательствами и этическими стандартами о сохранении конфиденциальности моей медицинской информации и неразглашении ее лицам, которые не связаны с оказанием мне санитарно-медицинских услуг.

Поскольку я предпочел не пользоваться бесплатными услугами обученного и квалифицированного медицинского переводчика, Медицинский центр Университета штата Огайо, его врачи и персонал не будут нести ответственности за любые судебные иски, связанные с ошибочным, неточным или неполным переводом информации либо от меня по отношению к персоналу или от персонала по отношению ко мне, независимо от природы иска или событий, связанных с ошибочным, неточным или неполным переводом.

Если Вы предпочитаете воспользоваться своим собственным переводчиком, пожалуйста, заполните следующие поля:

_____ будет исполнять обязанности моего переводчика.
Фамилия переводчика

_____ *Номер(а) телефона переводчика*

Я понимаю, что:

- Лицо, выступающее в качестве моего переводчика, должно быть старше 18 лет.
- Медицинский центр Университета штата Огайо не примет счет на оплату и не будет оплачивать услуги переводчика.
- Медицинский центр Университета штата Огайо оставляет за собой право на присутствие переводчика для обеспечения точного и полного перевода информации.
- Я могу изменить свое мнение и в любой момент моего курса лечения воспользоваться бесплатными услугами обученного и квалифицированного медицинского переводчика.
- Этот отказ относится только к услугам переводчика и не дает право моему переводчику действовать в качестве доверенного лица.
- Поставив ниже свою подпись, я признаю, что я понимаю содержание настоящей формы и что на все вопросы, которые у меня были относительно этой формы, я получил(а) удовлетворительные ответы.

Пациент/доверенное лицо _____ *Дата* _____

Переводчик _____ *Дата* _____

Работодатель переводчика или название агентства _____

Заполненная форма об отказе должна быть помещена в карту пациента.

THE OHIO STATE UNIVERSITY MEDICAL CENTER

WAIVER OF FREE INTERPRETIVE SERVICES FORM

Patient Name:

Medical Record Number:

Date of Birth: