

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**





Por medio de la presente, libero al Ohio State University Medical Center ("OSUMC") y a sus médicos y personal de cualquier responsabilidad que surja de mi negativa a usar los servicios gratuitos de un intérprete médico calificado y capacitado en terminología médica.

Comprendo que:

- OSUMC me ofrece los servicios de interpretación sin ningún costo.
- OSUMC recomienda el uso de un intérprete médico especialmente capacitado para que la información médica se presente en forma precisa y completa.
- El intérprete está obligado por un contrato y por las normas éticas a mantener confidencial mi información médica y a no revelarla a nadie, excepto a las personas que me atienden.

Dado que elijo no usar los servicios gratuitos de un intérprete médico calificado y capacitado, OSUMC y sus médicos y personal no serán responsables por ningún tipo de reclamación que surja a partir de una interpretación errónea, inexacta o incompleta de la información, ya sea de mi parte para las personas que me atienden o de las personas que me atienden a mí, independientemente de la naturaleza de la reclamación o de los eventos que se produzcan como consecuencia de la interpretación errónea, inexacta o incompleta.

**Complete lo siguiente si elige traer su propio intérprete:**

\_\_\_\_\_ actuará como mi intérprete.  
*Nombre del intérprete*

\_\_\_\_\_  
*Números de teléfono del intérprete*

Comprendo que:

- La persona que actúe como mi intérprete debe tener más de 18 años de edad.
- OSUMC no aceptará una factura del intérprete ni pagará por sus servicios.
- OSUMC se reserva el derecho de tener un intérprete presente para garantizar que la información se comunique en forma precisa y completa.
- Puedo cambiar de opinión y solicitar los servicios gratuitos de un intérprete médico calificado y capacitado en cualquier momento durante el curso de mi tratamiento.
- Este desistimiento sólo tiene relación con los servicios del intérprete, y no le da derecho a mi intérprete a actuar como mi representante autorizado.
- Al firmar a continuación, declaro que comprendo el contenido de este formulario y que todas mis preguntas al respecto se respondieron a mi entera satisfacción

*Paciente/representante autorizado* \_\_\_\_\_ *Fecha* \_\_\_\_\_

*Intérprete* \_\_\_\_\_ *Fecha* \_\_\_\_\_

*Empleador del intérprete o nombre de la agencia* \_\_\_\_\_

*El formulario de desistimiento completado se debe agregar a la historia clínica del paciente.*

**THE OHIO STATE UNIVERSITY MEDICAL CENTER**

**WAIVER OF FREE INTERPRETIVE SERVICES FORM**

Patient Name:

Medical Record Number:

Date of Birth: