



Declaración de derechos para personas con conocimiento limitado del idioma inglés (Bill of Rights for People with Limited English Skills)

A los pacientes y clientes de DHS:

Aunque no hable bien el idioma inglés, usted tiene derecho a...

- Recibir ayuda de un intérprete que pueda traducir del inglés a su idioma. Este servicio es gratuito para usted y su familia;
- Ser tratado con cortesía y respeto;
- Ser tratado de manera sensible a sus necesidades étnicas y culturales;
- Recibir servicios sin enfrentar discriminación, abuso ni hostigamiento;
- Recibir información sobre servicios de atención de la salud en su idioma;
- Participar en el proceso de evaluación de su salud y en el desarrollo de un plan para sus servicios de salud;
- Recibir información, en su idioma, sobre lo que podría pasar si usted acepta servicios o los rechaza;
- Expresar sus preocupaciones sobre los servicios que recibe;
- Recibir información, en su idioma, sobre la forma de presentar quejas sobre proveedores de atención de la salud;
- Recibir información, en su idioma, sobre sus derechos y responsabilidades al utilizar servicios;
- Recibir información, en su idioma, sobre las leyes y normas que deben respetar los proveedores de atención de la salud;
- Que sus registros de atención de la salud se mantengan en privado.

Este formulario fue traducido para mí y entiendo su contenido.

Firma _____

Fecha _____

Firma del intérprete _____

Fecha _____



Renuncia a servicios de intérprete

(Waiver of Interpreter's Services)

Yo, _____ (*nombre del cliente*) reconozco que se me informó sobre mi derecho a recibir servicios gratuitos de intérprete de _____ (*proveedor de servicios*). Entiendo que tanto yo como mi familia tenemos derecho a recibir este servicio sin cargo alguno.

He decidido proveer mi propio intérprete en este momento. El nombre de mi intérprete es _____. A mi mejor saber y entender, esta persona es mayor de 18 años. Esta persona me brindará servicios desde el _____ (*fecha inicial*) hasta el (*fecha final*).

Entiendo que puedo terminar (“revocar”) esta renuncia en cualquier momento y usar los servicios de un intérprete sin cargo alguno.

También entiendo que esta renuncia no autoriza a ningún intérprete a actuar como mi representante autorizado.

Este formulario fue traducido para mí y entiendo su contenido.

Firma del cliente/paciente _____ Fecha _____

Firma del intérprete _____ Fecha _____

Firma del proveedor de servicios _____ Fecha _____

Esta sección es para uso en el futuro

He decidido terminar (revocar) esta renuncia.

Firma _____ Fecha _____