



Informed Consent for Use of Interpreter Services

The Department of Health & Human Services of Guilford County, Division of Public Health (department) complies with Title VI of the Civil Rights Act of 1964, and other applicable federal and state laws and their implementing regulations with respect to persons with Limited English Proficiency (LEP). The department provides competent and professionally trained interpreters “free of charge” to LEP individuals whose ethnic numbers in the County’s population meet the coverage threshold defined in our Agency Statement of Compliance (agency). The department schedules an agency interpreter for clinic visits as appointments are available for LEP individuals.

Agency interpreters have expertise in applicable medical terminology, clinic policies and procedures. This ensures effective communication and confidentiality among clients, providers and staff. If you decline agency interpreting services and request to use someone else for this purpose, the agency will determine whether or not to permit it. In order to make a sound decision in this regard, the agency will consider whether utilizing the non-agency person as interpreter would compromise the effectiveness of services or violate confidentiality. Children (under age 18) may **not** serve as interpreters. If you choose to provide your own interpreter, you are responsible for any payment and/or certain liabilities that may result from this individual’s interpretation(s). Any errors that occur during the use of a non-agency interpreter may cause a denial or delay in services and may even have serious life threatening implications.

The department reserves the right to have an agency interpreter present or to use telephone interpreter services during the visit even if the patient believes that their level of English language proficiency is good enough.

I would like to be scheduled with a **department interpreter** for my clinic visits.
Patient Initial _____

I am providing my own interpreter for this clinic visit. The contact information for my interpreter is listed below:

Telephone number () _____
Patient Initial _____

I refuse the assistance of a department interpreter and will provide my own interpreter if needed.
Patient Initial _____

I have read and/or the above has been interpreted for me in my primary language and I fully understand the contents of the document. I have received a copy of the document in English and/or my (primary language).

Patient’s Signature

Date

Witness’ Signature

Date

Patient Sticker



Consentimiento Informado Para el Uso de los Servicios de Intérpretes

El Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado Guilford, División de Salud Pública (el departamento) cumple con el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 y otras leyes federales y estatales aplicables y sus reglamentos de aplicación con respecto a personas con conocimiento limitado del idioma inglés (Limited English Proficiency – LEP). El departamento les proporciona intérpretes competentes y profesionalmente entrenados "de forma gratuita" a los individuos con LEP cuyos números étnicos en la población del Condado cumplen con el umbral de cobertura definida en nuestra Declaración de Conformidad de la Agencia (agencia). El departamento programa a un intérprete de la agencia para las visitas clínicas, según las citas se encuentren disponibles para individuos con LEP.

Los intérpretes de la agencia tienen experiencia en la terminología médica aplicable y las normas y procedimientos de la clínica. Esto asegura comunicación efectiva y confidencialidad entre los pacientes, los proveedores y el personal. Si usted rehúsa los servicios de la agencia y solicita el uso de otra persona para este propósito, la agencia determinará si permitirlo o no. Con el fin de tomar una decisión correcta en este sentido, la agencia considera si la persona no de la agencia podría comprometer la efectividad de los servicios o violará la confidencialidad. Los niños (menores de 18 años) no pueden servir como intérprete. Si usted decide proveer su propio intérprete, usted será responsable por cualquier pago y/o ciertas responsabilidades que puedan resultar de la interpretación de este individuo. Los errores que ocurran durante el uso de un intérprete que no es de la agencia puede causar el rechazo o retraso en los servicios y incluso podría tener graves consecuencias amenazadoras a la vida.

El departamento reserva el derecho de tener un intérprete de la agencia presente o utilizar los servicios de un intérprete vía teléfono durante la cita aunque el paciente sienta que su nivel del idioma inglés es lo suficientemente bueno.

Me gustaría ser programado con un **intérprete del departamento** para mis citas en la clínica
Iniciales del Paciente _____

Estoy proporcionando mi propio intérprete para esta visita a la clínica. La información de contacto de mi intérprete aparece a continuación:

Teléfono () _____

Iniciales del Paciente _____

Rechazo la asistencia de un intérprete del departamento y proveeré mi propio intérprete si es necesario.
Iniciales del Paciente _____

He leído y/o todo lo anterior ha sido interpretado para mí en mi primer idioma y entiendo completamente los contenidos del documento. He recibido una copia del documento en inglés y/o mi (primer idioma).

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Testigo

Fecha

Patient Sticker