

LANGUAGE /LINGUISTIC INFORMATION

DATE:

Linguistic Service Needs

Patient Name: Last Name	First Name	Middle Initial
Primary Language:		Secondary Language:
Interpreter Services Offered: [☐]Yes [☐]No		Interpreter Services Accepted: [☐]Yes [☐]No (if No – indicate who will interpret for patient)
Interpreter Services Provided By: [☐] PCP [☐] Other (if Other explain here)		Is Patient Hearing Impaired: [☐]Yes [☐]No (if Yes, indicate services offered)

Servicios De Linguistica

Nombre del paciente: Apellido	Nombre	Inicial
Idioma principal:		Otra idioma:
Le ofrecieron servicios sobre interprete?: [☐]Si [☐]No Acepto los servicios sobre interprete?: [☐]Si [☐]No (si no acepto interpret, porfavor indique quien va ser el interprete del paciente)		
Servicios de interprete proveados por: [☐] Doctor [☐] Otra persona (si el interprete es otra persona, indique quien es)		
Es el paciente sordo o mudo?: [☐]Si [☐]No (si es, indique cuales servicios le ofrecieron)		