



1300003

PLACE LABEL HERE.

IF LABEL NOT AVAILABLE, WRITE IN PT NAME & MR#

RENUNCIA A LOS SERVICIOS DE UN INTÉRPRETE UVa
UVa INTERPRETER SERVICES REFUSAL

Entiendo que un intérprete esta a mi disposición gratuitamente. No quiero que se me asista con una intérprete.

I understand that an interpreter is available to me free of charge. I do not wish to use an interpreter.

Paciente o Representante Legalmente Autorizado _____
Patient or Legally authorized Representative

Parentesco con el Paciente _____ Fecha _____
Relationship to Patient Date

Reviewed by (Revisado por) _____

Title/PIC _____

Date/Time (Fecha/Hora) _____