



MEMBER INFORMATION CULTURAL AND LINGUISTICS

Patient's Name: _____ **DOB:** _____ **MR#** _____

Primary/Preferred Language:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> English | <input type="checkbox"/> ພາສາລາວ (Laotian) | <input type="checkbox"/> ىسراف (Farsi) |
| <input type="checkbox"/> Español (Spanish) | <input type="checkbox"/> ខ្មែរ (Cambodian) | <input type="checkbox"/> 繁體中文 (Chinese) |
| <input type="checkbox"/> Tiếng Việt (Vietnamese) | <input type="checkbox"/> □□□ (Korean) | <input type="checkbox"/> Русский (Russian) |
| <input type="checkbox"/> Other (please specify): _____ | | |

Interpreter Needed: Yes No

If you would like to have an interpreter available at any of your doctor's appointments, these services can be arranged free of charge for you. Please notify the office every time you make an appointment that you will need to have an interpreter available for your visit. It requires a minimum of twenty-four hours to request an interpreter for your appointment. You are not required to use a family or friend to interpret for you.

Intérprete Necesario: Sí No

Si usted quisiera tener un intérprete disponible en cualquiera de sus citas con sus doctores, estos servicios se pueden arreglar gratuitamente para usted. Cada vez que usted haga una cita, por favor notifique a la oficina si usted necesita un intérprete para su cita. No se le requiere que usted utilice a un miembro o a un amigo de la familia para que interprete para usted.

Cần Thông Dịch Viên Không? Có Không

Nếu quý vị muốn có sẵn thông dịch viên trong ngày hẹn bác sĩ của quý vị thì dịch vụ này có thể sắp xếp trước mà không phải trả thêm lệ phí nào. Điểm lưu ý là để có sẵn thông dịch viên trong ngày hẹn với bác sĩ, quý vị phải yêu cầu dịch vụ này ít nhất hai mươi bốn (24) giờ trước giờ hẹn của quý vị. Quý vị không phải cần đến thân nhân hay bạn bè để thông dịch cho quý vị.

Patient's Signature: _____ **Date:** _____



ADVANCED DIRECTIVE ACKNOWLEDGEMENT FORM

Patient's Name: _____ **Date:** _____

_____ I do have an Advanced Directive/Living Will/Durable Power of Attorney for medical or health care decision.

Tôi có Chỉ thị Nâng cao / Sẽ Sống / Sức mạnh Durable của Luật sư cho quyết định y tế hoặc chăm sóc sức khỏe.

Tengo una Directiva avanzada / Testamento vital / Poder notarial duradero para una decisión médica o de atención médica.

_____ I do not have an Advanced Directive/Living Will/Durable Power of Attorney for medical or health care decision.

Tôi không có. Chỉ thị nâng cao / Will Living / Sức mạnh lâu dài của Luật sư về y tế của quyết định chăm sóc sức khỏe.

No tengo una Directiva avanzada / Testamento en vida / Poder duradero para una decisión médica de atención médica.

_____ I would like further information on Advanced Directive.

Tôi muốn có thêm thông tin về Chỉ thị nâng cao.

Me gustaría obtener más información sobre la Directiva avanzada.

_____ I would not like further information on Advanced Directive.

Tôi không muốn biết thêm thông tin về Chỉ thị Nâng cao.

No me gustaría recibir más información sobre la Directiva avanzada.

Patient's Signature: _____ **Date:** _____

Provider/Office Staff please complete:

_____ Information regarding Advanced Directive was provided.

_____ Information regarding Advanced Directive was not provided.

If information was provided, what type? ___ Verbal ___ Written

If the member has an Advanced Directive, has it been placed in the Medical Record? ___Yes ___No

Comments:

Provider/Staff Signature: _____ **Date:** _____