

**EASTERN VIRGINIA MEDICAL SCHOOL**  
**DIVISION OF MATERNAL-FETAL MEDICINE**  
**DIVISION OF GENERAL OBSTETRICS & GYNECOLOGY**  
**DIVISION OF UROGYNECOLOGY**

Formulario De Consentimiento Para Uso De Un Interpretar

Yo por medio de este documento doy (mi) permiso a Eastern Virginia Medical School Health Services y al Dr. \_\_\_\_\_ para usar un trabajador intermediario como interprete proporcionada por Eastern Shore Rural Health Department con el propósito de comunicar información medica. Yo entiendo que el interprete tendrá acceso a mi información medica, únicamente mediante la interpretación. Yo entiendo que el interprete no tendrá acceso a mis expedientes médicos escritos.

Idioma de Interpretación: \_\_\_\_\_

Permiso Dado Por: \_\_\_\_\_

Nombre Del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha en que se firmo: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_