

**LANGUAGE /LINGUISTIC INFORMATION**

**DATE:**

**Linguistic Service Needs**

<b>Patient Name:</b> Last Name			First Name	Middle Initial
<b>Primary Language:</b>		<b>Secondary Language:</b>		
<b>Interpreter Services Offered:</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		<b>Interpreter Services Accepted:</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <small>(if No - indicate who will interpret for patient)</small>		
<b>Interpreter Services Provided By:</b> <input type="checkbox"/> PCP <input type="checkbox"/> Other <small>(if Other explain here)</small>		<b>Is Patient Hearing Impaired:</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <small>(if Yes, indicate services offered)</small>		

**Servicios De Linguistica**

<b>Nombre del paciente:</b> Apellido			Nombre	Initial
<b>Idioma principal:</b>		<b>Otra idioma:</b>		
<b>Le ofrecieron servicios sobre interprete?:</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
<b>Acepto los servicios sobre interprete?:</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <small>(si no acepto interpret, porfavor indique quien va ser el interprete del paciente)</small>				
<b>Servicios de interprete proveados por:</b> <input type="checkbox"/> Doctor <input type="checkbox"/> Otra persona <small>(si el interprete es otra persona, indique quien es)</small>				
<b>Es el paciente sordo o mudo?:</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <small>(si es, indique cuales servicios le ofrecieron)</small>				