

医療通訳派遣同意書

私は、私の治療に必要な診察、検査、インフォームド・コンセント等において、以下の条項を了解した上で、「あいち医療通訳システム」による医療通訳者の派遣に同意します。

<同意事項>

- 1 医療通訳者の派遣に係る利用料（日常通訳料 3,000 円、高度通訳料 5,000 円、別途交通費）の 2 分の 1 を治療費とともに支払うこと。
*ただし、利用時間が 2 時間を超えた場合、1 時間毎に通訳料の 4 分の 1 を加算。
- 2 キャンセルする場合は、前日の午後 5 時までに医療機関へ連絡すること。
- 3 私の都合により、前日の午後 5 時までに連絡せずにキャンセルした場合には、利用料の全額を支払うこと。
- 4 医療通訳者には通訳のみを依頼し、個人的な相談等は依頼しないこと。
- 5 万が一、通訳過誤があっても、医療機関、通訳者、あいち医療通訳システム推進協議会（各会員を含む。）に対して損害賠償を請求しないこと。
- 6 あいち医療通訳システムを運営する上で必要となる性別、年代、居住地（市町村レベル）や適確に通訳をする上で必要となる病状等の情報を事務局に報告すること。
*氏名は報告しません。また、この情報は上記の目的以外には使用しません。

年 月 日

氏名：

印または署名

Informação de Consentimento para solicitação de intérprete de serviços médicos

Eu, através deste documento Informação de Consentimento, informo estar de acordo com a solicitação de um intérprete para os serviços de tradução conforme as necessidades de minhas consultas e exames durante o meu tratamento médico.

<Termos da Informação de Consentimento>

- 1 Concordo em pagar adicionalmente ao valor das despesas médicas, a metade do valor estipulado para a solicitação de um intérprete para os serviços médicos necessários.
*No entanto, se o tempo de utilização exceder duas horas, será adicionado um quarto da taxa de interpretação para cada hora adicional.
- 2 No caso de cancelamentos, comunicar à entidade médica até às 17:00hs do dia anterior à data prevista.
- 3 No caso de não cancelamento na data anterior prevista, à minha conveniência, concordo em pagar o valor integral estipulado para o serviço.
- 4 Não deverá ser solicitado ao intérprete para os serviços médicos a tradução de outros assuntos particulares que estejam fora do contexto hospitalar.
- 5 Concordo que, mesmo se por acaso houver erros causados pela má interpretação do tradutor de serviços de saúde, não solicitarei compensação por danos ao Conselho do Sistema de Tradução Médica de Aichi(incluindo todos os seus membros), ao intérprete ou à entidade médica.
- 6 Para que possamos fazer as verificações necessárias, o Sistema de Tradução Médica de Aichi solicita que sejam informados os dados como sexo, idade e endereço além dos sintomas com a finalidade de informar a entidade interessada.

*O nome do paciente não será informado. Ainda, as informações acima não serão usadas para outro fim que não seja o descrito acima.

Data: dia _____ mes _____ ano _____.

Assinatura ou carimbo

Nome: _____