

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

Consentimiento para el envío de traductores de medicina.

Doy mi consentimiento para el uso del “Sistema de traductores de medicina de AICHI” para mi tratamiento que pueda consistir en, consultas, exámenes, consentimiento informado, etc. bajo la conciencia de las condiciones escritas abajo.

<Puntos a consentir>

1. La mitad de la tarifa por el envío de un intérprete médico se pagará junto con los gastos médicos.
*Sin embargo, si el tiempo de uso excede las dos horas, se agregará una cuarta parte de la tarifa de interpretación por cada hora adicional.
2. Contactaré a la Institución Médica hasta las 5 p.m. del día anterior en caso de cancelar.
3. Si por motivos personales cancelo sin previo aviso antes de las 5p.m. del día anterior, pagaré el costo total por el envío de un intérprete médico.
4. No solicitaré servicios adicionales(consultas personales, etc,) ajenos a la traducción al intérprete médico.
5. En el remoto caso en que haya un error en la traducción, no exigiré indemnización por daños y perjuicios tanto como al médico, al intérprete, o al Consejo de Fomento del Sistema de Intérprete Médico de Aichi(incluyendo a todos sus miembros).
6. Proporcionaré mis datos personales como, sexo, edad, dirección (solo la ciudad), síntomas o cualquier otra información necesaria para la administración del Sistema de Intérprete Médico de Aichi.
*Su nombre no va a ser revelado. Esta información no va a ser utilizada para otros propósitos además de la administración del sistema.

Fecha

Nombre

Firma o sello