**Confirmación de consentimiento para el envío de**

 **intérprete médico voluntario**

**¿Qué es el programa de envío de intérprete médico voluntario HIC?**

HIC医療通訳ボランティア派遣事業とは

El programa de envío de intérprete médico voluntario HIC se realiza en forma cooperativa entre el Centro Internacional de Hiroshima (HIC), instituciones médicas de la prefectura entre otros, para que las personas que tienen dificultades con el idioma japonés puedan recibir servicios médicos y de salud con tranquilidad.

* Los intérpretes médicos voluntarios han participado en el curso de capacitación de voluntarios realizado por HIC, aprobaron la selección de intérpretes médicos voluntarios de HIC y tienen conocimientos y habilidades de interpretación para ayudar como voluntarios de interpretación médica.
* El intérprete médico voluntario hará todo lo posible por su interpretación, pero si tiene alguna duda o no entiende lo suficiente sobre el contenido de la interpretación, pida una explicación hasta que comprenda.
* El tiempo de actividad del intérprete médico voluntario se basa en 2 horas.
* El intérprete médico voluntario no divulgará su secreto que conoció durante las acitvidades de interpretación.

Si comprende los contenidos anteriores y desea solicitar el envío de intérprete médico voluntario, sírvase leer atentamente el consentimiento de la otra hoja, marcar ☑ en el □ de la columna y llenar los datos tales como firma, etc.

Tenga en cuenta que existen casos en los que no podamos enviar debido a inconveniente del intérprete médico voluntario. En cuanto al sexo del intérprete médico voluntario, es posible que no podamos cumplir con su solicitud.

 Además, lea sin falta la hoja adjunta “Precauciones para el envío de intérprete médico voluntario”.

Centro Internacional de Hiroshima (HIC)

Institución médica, etc.＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※各医療機関等で名称をご記入下さい（日本語漢字・かな表記およびローマ字）

Nombre de la institución médica, etc.

Al＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※各医療機関等で名称をご記入下さい（日本語漢字・かな表記およびローマ字）

**Consentimiento**

**同意書**

□　He comprendido el propósito de este programa de envío de intérprete médico voluntario y estoy de acuerdo con el envío de intérprete médico voluntario.

 私はこのボランティア派遣事業の趣旨を理解し，医療通訳ボランティアの派遣に同意します。

□　Estoy de acuerdo en proporcionar al intérprete médico voluntario, a las instituciones médicas y de salud que reciben el envío de intérprete médico voluntario y al Centro Internacional de Hiroshima, mi propia información necesaria al momento de interpretar.

通訳上で必要となる自身の情報を医療通訳ボランティア，関係医療機関等及び公益財団法人ひろしま国際センターに提供することに同意します。

□　En cuanto al daño causado por recibir el envío de intérprete médico voluntario, no acusaré la responsabilidad al intérprete médico voluntario, a las instituciones médicas y de salud que reciben el envío de intérprete médico voluntario y al Centro Internacional de Hiroshima.

医療通訳ボランティアの派遣を受けたことによって生じた損害について，医療通訳ボランティア，受付医療機関等及び公益財団法人ひろしま国際センターの責任を問いません。

＿＿＿＿＿ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20＿＿

 día（日）　　　　　 mes（月）　　año（年）

**Persona que consintió (paciente, etc.)**

同意者（患者等）

Nombre

名前 (Rellenar en letra imprenta y firmar)

Contacto (En principio, fax o correo electrónico del teléfono móvil)

連絡先（原則はFAX又は携帯電話メールアドレス）

FAX

Correo electrónico del teléfono móvil

携帯電話メールアドレス

Contacto en caso no tuviera fax ni correo electrónico del teléfono móvil

FAX又は携帯電話メールアドレスを持たない場合の連絡先

Tiempo disponible para contacto (días laborables) : a.m./ p.m.～ : a.m./ p.m.

連絡可能な時間（平日）　　　　 午前・午後 午前・午後

Teléfono móvil

携帯電話

Teléfono fijo 　　　　　　　　　　　　　　　　 　 (casa / trabajo)

固定電話 　（自宅・勤務先）

Correo electrónico de la computadora

パソコンメールアドレス