



CENTRO HOSPITALAR\_\_\_\_\_

UNIDADE OPERATIVA\_\_\_\_\_

### **Autorização para a intervenção do mediador cultural**

**Eu, abaixo assinado, \_\_\_\_\_ autorizo**

- a intervenção do mediador cultural, que é obrigado à confidencialidade das informações a meu respeito, a fim de traduzir o meu idioma e facilitar os profissionais da saúde a cuidar de mim.

**SIM**

**NÃO**

- a informar os meus familiares/acompanhantes sobre o meu estado de saúde e sobre as eventuais necessidades de diagnóstico e tratamento

**SIM**

**NÃO**

- Se SIM:

autorizo a informar o/a Sr./Sra. \_\_\_\_\_

grau de parentesco\_\_\_\_\_

**DATA**\_\_\_\_\_

**ASSINATURA**\_\_\_\_\_