

*Empresa Provincial para*



*os Serviços de Saúde*

*Provincia Autónoma de Trento*

**Brasile/Portogallo**

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** \_\_\_\_\_