



Aviso sobre Prácticas de Privacidad

Patient Name: _____

Date of Birth: _____

ESTE AVISO DESCRIBE LA FORMA EN QUE LA INFORMACIÓN DE SALUD SOBRE USTED PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE, Y LA FORMA EN QUE USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO DETALLADAMENTE.

I. PERSONA DE CONTACTO. Si tiene alguna pregunta relacionada con este Aviso sobre Prácticas de Privacidad (Aviso), contáctenos por medio de alguno de los métodos indicados al final del documento.

II. FECHA DE VIGENCIA DE ESTE AVISO. La fecha de vigencia original de este Aviso corresponde al 26 de abril de 2003. La fecha de la revisión más reciente aparece al final del documento.

III. TENEMOS LA OBLIGACIÓN LEGAL DE SALVAGUARDAR SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI, por sus siglas en inglés). Por ley, estamos obligados a mantener la privacidad de su información personal. Esta información médica se conoce como información de salud protegida o “PHI”, por sus siglas en inglés. La PHI incluye información que puede usarse para identificarlo, la cual nosotros hemos creado o recibido en relación con su salud o afecciones en el pasado, el presente o el futuro, el cuidado de la salud que se le ha proporcionado, o el pago de dicho cuidado de la salud. Necesitamos tener acceso a sus expedientes médicos para poder proveerle servicios de cuidado de la salud y para dar cumplimiento a ciertos requisitos legales. Este Aviso corresponde a todos los expedientes de servicios y cuidado médico que usted recibe de nosotros, ya sean prestados por nuestros empleados o por su médico. En este Aviso le explicaremos las maneras en las que podemos usar y divulgar la PHI sobre usted, y se describen sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos en relación con el uso y la divulgación de su PHI.

Sin embargo, nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este Aviso y de nuestras Políticas y procedimientos de privacidad en cualquier momento.

Todos los cambios se aplicarán a la información de salud protegida que ya está en nuestro poder. Antes de realizar un cambio importante a nuestras Políticas y procedimientos de privacidad, cambiaremos inmediatamente este Aviso y publicaremos el Aviso nuevo en la sala de espera principal. Cuando realicemos un cambio importante en nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos este Aviso y lo publicaremos cuando corresponda y le proveeremos una copia del aviso modificado. También puede solicitar que le demos una copia de este Aviso en cualquier momento.

IV. NUESTRAS RESPONSABILIDADES. De conformidad con las leyes, nosotros debemos:

- asegurarnos de mantener la confidencialidad de la PHI que lo identifica;
- darle este Aviso de nuestras prácticas de privacidad con respecto a su PHI
- divulgar información sobre VIH, salud mental y/o enfermedades contagiosas únicamente de la manera permitida por la ley federal y estatal; y

respetar los términos de este Aviso, siempre y cuando esté en vigencia. Si modificamos este Aviso, seguiremos los términos del Aviso modificado.

Aviso sobre Prácticas de Privacidad

Patient Name: _____

Date of Birth: _____

V. CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU PHI. Las siguientes categorías (indicadas en negritas) describen las distintas maneras en que usamos y divulgamos su PHI. Se pueden proveer divulgaciones de PHI en diversos medios, incluyendo el electrónico. Para cada categoría de los usos o las divulgaciones, le explicaremos lo que queremos decir y le daremos algunos ejemplos. No se incluirán todos los tipos de uso o divulgación en una categoría. Sin embargo, todas las maneras en que nos está permitido utilizar y divulgar información acerca de usted caerán dentro de una de las categorías que aparecen en negritas. Además, puede que no todas las categorías correspondan al servicio de cuidado de la salud que usted está buscando.

- A. En el caso de tratamientos.** Podemos divulgar su PHI a médicos, enfermeras, coordinador de servicios y otro personal de servicios de la salud que le proveen servicios de cuidado de la salud o que participan en su cuidado médico. Podemos usar y divulgar su PHI para proveer y coordinar el tratamiento, los medicamentos y los servicios que usted recibe, incluido el despacho de medicamentos recetados cuando corresponda. Por ejemplo, si está recibiendo tratamiento por una lesión de rodilla, podríamos divulgar su PHI relacionada con esta lesión a un fisioterapeuta o un radiólogo, o a proveedores de equipos médicos o coordinadores de servicios.
- B. Para obtener pago por el tratamiento.** Podemos usar y divulgar su PHI para facturar y recaudar el pago por el tratamiento y los servicios que se le hayan provisto. Por ejemplo, podemos proveer partes de su PHI a nuestro departamento de facturación y a su plan de salud para que se nos pague por los servicios de cuidado de la salud que le hemos proporcionado. Asimismo, podemos proveer su PHI a asociados comerciales, como compañías de facturación y otras entidades que procesan nuestras reclamaciones de cuidado de la salud.
- C. Para operaciones de cuidado de la salud.** Podemos divulgar su PHI para la operación de nuestros centros. Por ejemplo, podemos usar su PHI para evaluar la calidad de los servicios de cuidado de la salud que usted haya recibido, para las actividades de administración del uso o para evaluar el desempeño de los profesionales de cuidado de la salud que le proveen los servicios de cuidado de la salud. También podemos proveer su PHI a nuestros contadores, abogados, consultores y otros para asegurar que
- D. A asociados comerciales para el tratamiento, el pago y las operaciones de cuidado de la salud.** Podemos divulgar su PHI a uno de nuestros asociados comerciales para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de cuidado de la salud. Por ejemplo, podemos divulgar su PHI a una empresa que factura a compañías de seguros en nuestro favor de manera que dicha empresa pueda ayudarnos a obtener el pago de los servicios de cuidado de la salud que proveemos.
- E. Individuos involucrados en su cuidado médico o en el pago por su cuidado médico.** Podemos divulgar su PHI a un familiar cercano, otro pariente o amigo personal que esté directamente involucrado en su cuidado médico si la información divulgada es relevante para la participación de dicha persona en su cuidado médico. También podemos divulgar información personal a alguien que ayuda a pagar por su cuidado médico. Adicionalmente, podemos divulgar su PHI a una entidad que asiste en labores de socorro para que se le pueda notificar a su familia sobre el lugar en el que está y su estado general.

Aviso sobre Prácticas de Privacidad

Patient Name: _____

Date of Birth: _____

- F. Recordatorios de citas médicas.** Podemos usar y divulgar la PHI para contactarnos con usted como recordatorio de que tiene una cita para tratamiento o servicio de cuidado de la salud si usted no ha pedido ser excluido de dichos recordatorios.
- G. Alternativas de tratamiento.** Podemos usar y divulgar la PHI para darle información sobre las opciones o alternativas de tratamiento si usted no ha optado por no recibir dichos recordatorios.
- H. Beneficios y servicios relacionados con la salud.** Podemos usar y divulgar la PHI para informarle sobre beneficios o servicios relacionados con la salud que podrían ser de su interés si no ha pedido ser excluido de dichos recordatorios.
- I. Compensación laboral.** Podemos divulgar la PHI sobre usted en caso de programas de compensación laboral u otros similares. Estos programas proporcionan beneficios en caso de lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.
- J. Situaciones especiales.***
- 1. Tal como lo requiere la ley.*** Divulgaremos PHI sobre usted cuando nos obliguen a hacerlo las leyes federales, estatales o locales, tales como la Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo (OSHA, por sus siglas en inglés), la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), o el Departamento de Transporte (DOT, por sus siglas en inglés).
 - 2. Actividades de salud pública.*** Podemos divulgar PHI sobre usted para actividades de salud pública. Las actividades de salud pública incluyen
 - a. prevenir y controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;
 - b. informar nacimientos y fallecimientos;
 - c. informar casos de abuso o abandono infantil;
 - d. informar reacciones a medicamentos o problemas con productos;
 - e. notificar a las personas del retiro de productos del mercado;
 - f. notificar a una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad o puede correr el riesgo de contraer o contagiar una enfermedad;
 - g. notificar a la autoridad gubernamental correspondiente si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, abandono o violencia doméstica. Solamente divulgaremos información si el afiliado está de acuerdo, o cuando así lo exija o lo autorice la ley.
 - 3. Actividades de supervisión de salud.*** Podemos divulgar la PHI a una agencia de supervisión de la salud para las actividades autorizadas por ley, tales como auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno supervise el sistema de cuidado de la salud, los programas gubernamentales y la conformidad con las leyes sobre derechos civiles.
 - 3. Demandas judiciales y disputas.*** Si está involucrado en una demanda o disputa, podemos divulgar su PHI en virtud de una orden judicial o administrativa. También podríamos divulgar su PHI en respuesta a una citación, una solicitud de exhibición de pruebas u otro proceso legal interpuesto por otra parte involucrada en la disputa.

Aviso sobre Prácticas de Privacidad

Patient Name: _____

Date of Birth: _____

5. Aplicación de la ley.* Podemos divulgar la PHI si un funcionario de cumplimiento de la ley nos lo solicita:

- a. al responder una orden judicial, una citación como testigo, una orden de arresto, una citación judicial u otro proceso similar;
- b. para identificar o ubicar a un sospechoso, fugitivo, testigo fundamental o persona desaparecida, pero solo si se divulga información limitada (por ejemplo, nombre y dirección, fecha y lugar de nacimiento, número de Seguro Social, tipo de sangre, factor RH, lesión, fecha y hora del tratamiento y detalles del fallecimiento);
- c. acerca de la víctima de un crimen si, bajo ciertas circunstancias limitadas, somos incapaces de obtener el consentimiento de la persona;
- d. acerca de un fallecimiento que creemos pueda ser el resultado de una conducta criminal;
- e. acerca de una conducta criminal que creemos que haya ocurrido en nuestros centros médicos; y
- f. en situaciones de emergencia para denunciar un crimen; dónde ocurrió el delito o dónde se encuentran las víctimas; o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el delito.

6. Jueces de instrucción, médicos forenses y directores funerarios.* Podemos divulgar PHI sobre pacientes a un juez de instrucción o a médicos forenses para identificar a una persona fallecida o para determinar la causa de muerte, o a directores funerarios para que lleven a cabo sus funciones.

7. Donación de órganos y tejidos.* Podemos divulgar PHI a las organizaciones que manejan la obtención o los trasplantes de órganos, ojos o tejidos, o a un banco de órganos para facilitar la donación de órganos o tejidos.

8. Investigación.* En algunas circunstancias, podemos usar y divulgar la PHI sobre usted para fines de investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede implicar la comparación de la salud y la recuperación de todos los pacientes que recibieron un medicamento con aquellos que recibieron otro medicamento para la misma afección. Todos los proyectos de investigación están sujetos al proceso de aprobación especial que requiere una evaluación del proyecto de investigación propuesto y su uso de PHI, y busca el equilibrio entre las necesidades de la investigación y la necesidad de privacidad de nuestros pacientes. Antes de que usemos o divulguemos la PHI para investigación, el proyecto generalmente habrá sido aprobado mediante este proceso de aprobación especial. Sin embargo, este proceso de aprobación no es necesario cuando permitimos que las personas que están preparando un proyecto de investigación y que quieren ver la información acerca de los pacientes con necesidades médicas específicas revisen su PHI, siempre y cuando la PHI no salga de nuestros centros médicos.

Aviso sobre Prácticas de Privacidad

Patient Name: _____

Date of Birth: _____

9. Para evitar una amenaza seria a la salud o seguridad.* Podemos usar y divulgar la PHI cuando sea necesario para evitar una amenaza seria a su salud o seguridad o a la salud o seguridad del público en general u otra persona. Sin embargo, cualquier divulgación solamente se haría a una persona que pueda ayudar a prevenir dicha amenaza

10. Fuerzas Armadas y personal militar extranjero.* Si usted es un miembro de las Fuerzas Armadas, podemos divulgar su PHI, según lo requieran las autoridades militares al mando y, en el caso del personal militar extranjero, a la autoridad militar extranjera correspondiente.

11. Seguridad Nacional y actividades de inteligencia.* Podemos divulgar la PHI sobre usted a funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia y demás actividades de seguridad nacional autorizadas por ley.

12. Servicios de protección para el Presidente y otras personas.* Podemos divulgar la PHI sobre usted a los funcionarios federales autorizados, a fin de que puedan proporcionarle protección al Presidente, a otras personas autorizadas o a jefes de estado extranjeros, o para llevar a cabo investigaciones especiales.

13. Presos.* Si usted está preso en una institución correccional o se encuentra bajo la custodia de un funcionario de cumplimiento de la ley, podemos divulgar su PHI a dicha institución o funcionario. La divulgación de la información sería necesaria, por ejemplo, para que la institución pueda proporcionarle cuidado de la salud, para proteger su salud y seguridad o la de otras personas, y para la seguridad y protección de la institución correccional.

14. Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés). Podemos usar y divulgar a la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), o a una persona bajo la jurisdicción de esta agencia, información de salud protegida relacionada con eventos adversos con medicamentos, alimentos, suplementos, productos y defectos de productos, o información de supervisión posterior al mercadeo para permitir el retiro de productos del mercado, reparaciones o reemplazos.

K. Usos y divulgaciones incidentales.* Se aceptan los usos y las divulgaciones que tienen lugar incidentalmente con un uso o una divulgación descritos en este Aviso, siempre y cuando se brinden garantías razonables para limitar tales usos y divulgaciones incidentales.

*** En Nuevo México y Pennsylvania, para usos y divulgaciones diferentes a los marcados con un asterisco podría requerirse su autorización por escrito.**



Aviso sobre Prácticas de Privacidad

Patient Name: _____

Date of Birth: _____

VI. ¿QUÉ HACEMOS NOSOTROS CON SU INFORMACIÓN CUANDO USTED YA NO ES UN PACIENTE O YA NO RECIBE SERVICIOS A TRAVÉS DE NOSOTROS?

Su información puede seguirse usando para los fines descritos en este aviso cuando usted ya no recibe servicios a través de nosotros. Después del período de retención legal obligatorio, la información se destruye siguiendo procedimientos estrictos para mantener la confidencialidad.

VII. SUS DERECHOS EN RELACIÓN A LA PHI.

A. El derecho a solicitar limitaciones en los usos y divulgaciones de su PHI. Usted tiene derecho a solicitar que limitemos cómo usamos y divulgamos su PHI. Tomaremos en consideración su solicitud, pero no estamos obligados legalmente a aprobarla.

Si aprobamos su solicitud, pondremos por escrito cualquier límite y lo seguiremos excepto en situaciones de emergencia. Usted no puede limitar los usos

y divulgaciones a los cuales estamos obligados legalmente o que se nos permiten hacer.

Usted tiene el derecho a solicitar una restricción sobre las divulgaciones de la información médica a un plan de salud con el fin de realizar pagos u operaciones

de servicios de cuidado de la salud. Debemos cumplir siempre y cuando no sea con el propósito de realizar un tratamiento; y la PHI se refiere únicamente a un servicio de cuidado de la salud por el cual hemos recibido el pago en su totalidad, sin la aplicación de beneficios o descuentos del seguro. Si no se lleva a cabo el pago, entonces nosotros no necesitamos acatar la solicitud si nos vemos en la necesidad de procurar el pago.

B. El derecho a elegir cómo le enviaremos la PHI. Usted tiene derecho a solicitar que le enviemos información a una dirección alternativa o a través de un método alternativo. Debemos aceptar su solicitud siempre y cuando podamos proporcionarla con facilidad en el formato que usted haya solicitado.

C. El derecho a consultar y obtener copias de su PHI. En la mayoría de los casos, usted tiene derecho a consultar u obtener copias de su PHI que esté en nuestra posesión, pero debe hacer la solicitud por escrito. Si

no tenemos su información de salud protegida, pero sabemos quién la tiene, nosotros le diremos cómo obtenerla. En algunas situaciones, es posible que rechacemos su solicitud. Si lo hacemos, le haremos saber por escrito nuestros motivos de la denegación y le explicaremos su derecho para que dicha denegación sea sometida a revisión. Si usted solicita copias de su

PHI, puede que haya un cargo por página. En lugar de proveerle la PHI que haya solicitado, podríamos darle un resumen o una explicación de la PHI siempre y cuando usted esté de acuerdo de antemano con los posibles costos adicionales

D. El derecho a obtener una lista de las divulgaciones que hayamos hecho. Usted tiene derecho a obtener una lista de los casos en los que hayamos divulgado su PHI en los últimos seis (6) años. La lista incluirá las fechas de la(s) divulgación(es), a quién(es) se divulgó la PHI, una descripción de la información divulgada y los motivos de la(s) divulgación(es). La lista no incluirá los usos o las divulgaciones que hayamos hecho con fines de tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud, usos o divulgaciones que usted haya autorizado, o divulgaciones hechas directamente a usted o a su familia. La lista tampoco incluirá usos y divulgaciones hechas con fines de seguridad nacional, o para personal de correccionales o autoridades judiciales o policiales. Su solicitud debe establecer un período de tiempo que no podrá ser mayor a seis (6) años anteriores, pero definitivamente puede ser inferior a seis (6) años.

Aviso sobre Prácticas de Privacidad

Patient Name: _____

Date of Birth: _____

E. El derecho a corregir o actualizar su PHI. Si considera que la PHI que nosotros mantenemos sobre usted tiene errores o está incompleta, puede solicitarnos que la modifiquemos. Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda de la información existente o de añadir la información faltante. Usted debe proporcionar la solicitud por escrito junto con el motivo que le lleva

a hacerlo. Si aprobamos su solicitud, realizaremos el cambio a su PHI, le informaremos que lo hemos hecho y notificaremos a las demás personas que necesitan saber acerca del cambio de su PHI. Podríamos denegar su solicitud si la PHI: (i) está correcta y completa, (ii) no ha sido creada por nosotros, (iii) no tiene permiso para ser divulgada, o (iv) no forma parte de nuestros expedientes. Nuestra denegación por escrito indicará los motivos de la denegación y explicará su derecho a presentar una declaración por escrito de su desacuerdo con dicha denegación. Si usted no presenta una declaración de desacuerdo, tiene derecho a solicitar que su solicitud y nuestra denegación se adjunten en todas las divulgaciones futuras de su PHI..

F.El derecho a recibir este Aviso. Usted tiene derecho a obtener una copia de este Aviso en papel o por correo electrónico.

G.El derecho a presentar una queja. Si usted considera que se han violado sus derechos de privacidad o si no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre sus derechos, tal como acceder o modificar sus expedientes, puede presentarnos una queja contactándonos en cualquier momento. Todas las quejas deben enviarse a la información de contacto que se establece abajo. También puede presentar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Oficina de Derechos Civiles (OCR, por sus siglas en inglés). Le suministraremos la dirección regional de la OCR que corresponda si lo solicita. También tiene la opción de enviar su queja por correo electrónico a OCRmail@hhs.gov. Respaldamos su derecho a proteger la privacidad de su información personal y de salud. No será objeto de represalia alguna si opta por presentar una queja ante nosotros o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Responderemos a todas las quejas y solicitudes relacionadas con la privacidad. Siempre ha sido nuestra meta garantizar la protección e integridad de su información personal y de salud. Por esta razón, le notificaremos de cualquier situación donde exista la posibilidad de que su información sea usada con motivos diferentes a los indicados anteriormente.

H. ¿Qué tipos de comunicaciones que recibo de ustedes puedo optar por no recibir? Puede solicitar a la dirección de abajo quedar excluido de las comunicaciones siguientes:

- a) Recordatorios de citas.
- b) Alternativas de tratamiento u otros beneficios o servicios relacionados con su salud.
- c) Actividades de recaudación de fondos.



Aviso sobre Prácticas de Privacidad

Patient Name: _____

Date of Birth: _____

VIII. CÓMO SOLICITAR SUS DERECHOS DE PRIVACIDAD. Si considera que su privacidad ha sido violada de alguna manera, puede presentar una queja contactando con nosotros como se describe más adelante. Nuestro compromiso es responder a su solicitud de derechos de manera oportuna. Para solicitar cualquiera de sus derechos de privacidad, contáctenos:

- Llame a su centro médico principal
- Pida un formulario durante una visita a su centro médico principal
- Mediante un formulario de privacidad en nuestro sitio web

Envíe por correo el formulario de privacidad completado a:

Humana Inc. Privacy Compliance
6101 Blue Lagoon Drive Miami, FL 33126

IX. Qué pasará si mi información privada se usa o divulga de manera inapropiada. Usted tiene derecho a recibir un aviso de que ha ocurrido una violación en su información privada que ha sido usada o divulgada de manera inapropiada. Le notificaremos de manera oportuna en caso de que dicho incumplimiento ocurra.

X. DE QUÉ MANERA SE USARÁ MI INFORMACIÓN PARA FINES NO DESCRITOS EN ESTE AVISO. En todas las situaciones que no sean las descritas en este aviso, le

solicitaremos su permiso por escrito antes de usar o divulgar su información. Usted puede revocar su permiso en cualquier momento si nos lo notifica por escrito. No divulgaremos su información por ninguna razón que no haya sido descrita en este aviso sin su permiso. Los siguientes usos y divulgaciones requerirán autorización:

1. La mayoría de usos y divulgaciones de notas de psicoterapia
2. Propósitos de mercadeo
3. Venta de información de salud protegida

Aviso sobre Prácticas de Privacidad

¡Importante!

En CenterWell Senior Primary Care es importante que reciba un trato justo.

CenterWell Senior Primary Care (CenterWell) no discrimina ni excluye a las personas por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, ascendencia, estado civil o religión. La discriminación es ilegal. CenterWell cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables. Si cree que CenterWell lo ha discriminado, hay maneras de obtener ayuda.

- Puede presentar una queja a:

Discrimination Grievances, P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618

Si necesita ayuda para presentar una queja, llame al: **1-877-320-2188** o si usa un **TTY**, llame al **711**.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del **Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.** de manera electrónica a través de su portal de quejas, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o al **Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.**, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**. Los formularios de quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

- **Residentes de California:** puede llamar a la línea directa gratuita del Departamento de Seguros de California: **1-800-927-HELP (4357)**, para presentar una queja.

Tiene a su disposición asistencia y servicios auxiliares sin cargo. **1-877-320-2188 (TTY: 711)**

CenterWell proporciona asistencia y servicios auxiliares gratuitos, como intérpretes de lenguaje de señas calificados, interpretación remota por video e información escrita en otros formatos para personas con discapacidades cuando dicha asistencia y servicios auxiliares son necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades para participar.

Language assistance services, free of charge, are available to you. **1-877-320-2188 (TTY: 711)**

Español (Spanish): Llame al número arriba indicado para recibir servicios gratuitos de asistencia lingüística.

繁體中文 (Chinese): 撥打上面的電話號碼即可獲得免費語言援助服務。

Tiếng Việt (Vietnamese): Xin gọi số điện thoại trên đây để nhận được các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí.

한국어 (Korean): 무료 언어 지원 서비스를 받으려면 위의 번호로 전화하십시오.

Tagalog (Tagalog – Filipino): Tawagan ang numero sa itaas upang makatanggap ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad.

Русский (Russian): Позвоните по номеру, указанному выше, чтобы получить бесплатные услуги перевода.

Kreyòl Ayisyen (French Creole): Rele nimewo ki pi wo la a, pou resevwa sèvis èd pou lang ki gratis.

Français (French): Appelez le numéro ci-dessus pour recevoir gratuitement des services d'aide linguistique.

Polski (Polish): Abyskorzystać bezpłatnej pomocy językowej, proszę zadzwonić pod wyżej podany numer.

Português (Portuguese): Ligue para o número acima indicado para receber serviços linguísticos, grátis.

Italiano (Italian): Chiamare il numero sopra per ricevere servizi di assistenza linguistica gratuiti.

Deutsch (German): Wählen Sie die oben angegebene Nummer, um kostenlose sprachliche Hilfsdienstleistungen zu erhalten.

日本語 (Japanese): 無料の言語支援サービスをご要望の場合は、上記の番号までお電話ください。

فارسی (Farsi)

Diné Bizaad برای دریافت نسیه‌یالت زبانی بصورت رایگان با شماره فوق تماس بگیرید.

ĒNavajo̅: W0dah7 b44sh bee hani7 bee wolta7g7 bich79' h0d77lnih 47 bee t'11 jiik'eh saad bee 1k1'1n7da'1wo'd66 nik1'adoowo[.

العربية (Arabic)

الرجاء الاتصال بالرقم المبين أعلاه للحصول على خدمات مجانية للمساعدة بلغتك