



289 LaClair Street, Coos Bay, Oregon 97420

541-269-7400 * 1-800-264-0014 * TTY 711

EVALUACIÓN DEL RIESGO PARA LA SALUD DE LOS NIÑOS

INICIAL / ANUAL / ACTUALIZACIÓN

NOMBRE DEL NIÑO:	NOMBRE DE LOS TUTORES:
PRONOMBRES:	
DIRECCIÓN:	RELACIÓN:
TELÉFONO:	CORREO ELECTRÓNICO:
FECHA DE NACIMIENTO:	GÉNERO:
RAZA: ENCIERRE EN UN CÍRCULO UNA OPCIÓN Indio americano/nativo de Alaska Asiático Negro/afroamericano Hispano/Latino Multirracial Nativo de Hawái/otras islas del Pacífico Blanco Otra: Elijo no responder a esta pregunta	ORIGEN ÉTNICO: ENCIERRE EN UN CÍRCULO UNA OPCIÓN Hispano o latino No hispano ni latino Elijo no responder a esta pregunta TIPO DE PLAN: ENCIERRE EN UN CÍRCULO UNA OPCIÓN CCOA – Médico, dental, salud conductual, transporte CCOB – Médico, dental, transporte CCOE – Salud conductual, transporte CCOG – Salud conductual, dental y transporte

Intercambio y recopilación de información

Advanced Health protege su información. Toda la información se usa para identificar sus necesidades. Esta encuesta será revisada por el equipo de atención que lo atiende. Esto se compartirá con los proveedores para reducir la duplicación de la recopilación de información. No es necesario que responda ninguna pregunta que no corresponda o si no quiere recibir coordinación de la atención.

Advanced Health ofrece coordinación de la atención a todos los miembros. La coordinación de la atención puede ayudarlo a entender sus beneficios. Puede ayudarlo a:

- Acceder a terapia y ayuda para trastornos por consumo de sustancias.
- Encontrar proveedores y obtener citas.
- Hacer transiciones de atención.
- Encontrar recursos como vivienda, comida, seguridad, dispositivos de riesgo climático, trabajo, escuela y necesidades sociales relacionadas con la salud.
- Crear un plan de atención que se adapte a sus necesidades.

Advanced Health, CCO 289 LaClair Street, Coos Bay, OR 97423

541-269-7400 * 800-264-0014 * TTY 800-735-1232 o 711

Versión 1 1.01.2025

*¿Está usted interesado en participar en la coordinación de la atención? ☐ Sí ☐ NO

¿Es el inglés su idioma principal? Sí ☐ No ☐

¿Qué tan bien entiende el inglés? ☐ Bien ☐ Un poco ☐ Nada

¿En qué idioma se siente más cómodo hablando? ☐ Inglés ☐ Español ☐ Chino

☐ Vietnamita ☐ Ruso ☐ Hindi ☐ Lenguaje de señas americano ☐ Otro

¿Necesita un intérprete? Sí ☐ No ☐

Puede solicitar al servicio de atención al cliente de Advanced Health un intérprete de idiomas. Esta ayuda es gratis.

Nombre de la persona que completa el formulario: _____ Relación: _____

Si no es el padre o la madre, ¿tenemos documentos de la tutela en el expediente? Sí ☐ No ☐

¿Usa su hijo algún dispositivo de ayuda para ver o escuchar, como anteojos o audífonos? Sí ☐ No ☐

¿Tiene alguna necesidad cultural? (Como creencias o costumbres de salud) Sí ☐ No ☐ Explique:

¿Cuál es el sexo de su hijo? (marque todas las opciones que correspondan) ☐ Niña, mujer ☐ Niño, hombre
☐ No binario ☐ Sin género ☐ En duda ☐ No está listado: Especifique: _____ ☐ No sé ☐ No
entendiendo esta pregunta ☐ No quiero responder

¿Cuál es la orientación o identidad sexual de su hijo? (marque todas las opciones que correspondan)
☐ Amor entre personas del mismo sexo ☐ Amor entre personas del mismo género ☐ Lesbiana ☐ Gay
☐ Bisexual ☐ Pansexual ☐ Heterosexual (atraído principalmente o solo por otros géneros o sexos) ☐ Asexual
☐ En duda ☐ No sé ☐ No está listado: Especifique: _____ ☐ No entiendo esta pregunta
☐ No quiero responder

¿Tiene alguien con quien quiere que hablemos sobre su información médica? (Ejemplo: su cónyuge, un
pariente, amigo, cuidador o administrador de casos) Sí ☐ No ☐

Nombre: _____ Relación: _____ Información de contacto: _____

¿Tenemos permiso para hablar con esta persona sobre su salud y necesidades de atención médica hoy?
☐ Sí ☐ NO

La autorización verbal solo es válida por un día. Será necesario archivar una revelación de información.

NECESIDADES DE SALUD FÍSICA

¿Quién es su médico? _____

¿Cuándo fue su última visita? ☐ 0-6 meses ☐ 6-12 meses ☐ 1 año

En general, ¿cómo diría que es su salud? ☐ Mala ☐ Regular ☐ Buena ☐ Excelente

¿Está embarazada actualmente? ☐ Sí ☐ NO

¿Necesita ayuda con el transporte a las citas? ☐ Sí ☐ NO

¿Le gustaría obtener información adicional sobre sus beneficios de transporte? ☐ Sí ☐ NO

¿Tiene algún dolor? ☐ Sí ☐ No

En los últimos 7 días, si tuvo dolor, ¿cuánto?

☐ Un poco ☐ Mucho ☐ N/A sin dolor

Si la respuesta es “Sí”, ¿dónde está el dolor y desde hace cuánto tiempo lo tiene? _____

¿Tuvo alguna lesión reciente? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es “Sí”, explique: _____

¿Tiene alguna necesidad de atención médica urgente o emergente? ☐ Sí ☐ No

¿Cuáles son las necesidades? _____

¿Tiene alguna enfermedad grave o crónica como las que se listan abajo? ☐ Sí ☐ NO

Si la respuesta es “Sí”, encierre en un círculo la enfermedad:

Corazón Presión alta Diabetes Cáncer Problemas pulmonares o respiratorios Dolor crónico
Derrame cerebral Problemas de audición Problemas de la vista Problemas de vejiga o riñón
Problemas de hígado Tuberculosis VIH/SIDA Alergias Asma N/A Otra _____

¿Toma algún medicamento diariamente? ☐ Sí ☐ NO

¿Qué medicamentos? _____

¿Está inscrito en un programa de asistencia con medicamentos? ☐ Sí ☐ NO

*¿Estuvo hospitalizado en los últimos 6 meses? ☐ Sí ☐ NO

Si la respuesta es “Sí”, ¿por qué y cuándo? _____

*¿Visitó el ED durante el último año? ☐ Sí ☐ NO

Si la respuesta es “Sí”, ¿por qué y cuándo? _____

¿Usa algún equipo médico duradero, como una silla de ruedas, un aparato ortopédico o un andador? ☐ Sí ☐ NO

¿Cómo compró sus artículos de equipo médico duradero anteriormente? _____

¿Tiene alguna alergia (comida/medicamentos/medio ambiente)? ☐ SÍ ☐ NO

Si la respuesta es "Sí", ¿qué alergias? _____

¿Suele consumir una dieta que incluye frutas, verduras y cereales integrales? ☐ SÍ ☐ NO

Altura: _____ Peso: _____ Presión, si se conoce:

¿Están sus vacunas al día? ☐ SÍ ☐ NO ☐ No sabe

*¿Alguna vez le informaron de que su hijo tiene un retraso intelectual o del desarrollo? ☐ SÍ ☐ NO

*¿Fue diagnosticado con síndrome de abstinencia neonatal? ☐ SÍ ☐ NO

En los últimos 7 días, ¿con qué frecuencia hizo ejercicio durante al menos 60 minutos en un día?

☐ Cada día ☐ 3-6 días ☐ 1 a 2 días ☐ -0- días

*¿Su médico le dijo que tiene alguna de las siguientes? ☐ SÍ ☐ NO

Si la respuesta es "Sí", encierre en un círculo la enfermedad:

Autismo Asma Cáncer Diabetes tipo I Diabetes tipo II

VIH/SIDA N/A Otra: _____

¿Le gustaría recibir materiales educativos adicionales sobre la salud de su hijo? ☐ SÍ ☐ NO

¿Vive con otras discapacidades? ¿Como una discapacidad intelectual, una discapacidad del desarrollo o una discapacidad física? ☐ SÍ ☐ NO ☐ Elijo no responder

¿Necesita ayuda con alguna de las siguientes opciones (encierre en un círculo cualquier opción que corresponda)?

Lavarse/bañarse Usar el baño Tragar/masticar Preparar comidas Vestirse

Acostarse/levantarse de la cama o sentarse/pararse de una silla Usar el teléfono

Hacer tareas domésticas/Lavandería Hacer compras Manejo de medicamentos

¿Usa algún equipo médico duradero, como una silla de ruedas, un aparato ortopédico o un andador? ☐ SÍ ☐ NO

¿Cuál usa y cómo compró sus artículos de equipo médico duradero anteriormente? _____

NECESIDADES DE SALUD BUCAL

¿Quién es su dentista? _____

¿Cuando fue su última visita? ☐ 0-6 meses ☐ 6-12 meses ☐ 1 año ☐ Más de un año

¿Sabe si tiene beneficios dentales? ☐ SÍ ☐ NO

¿Alguna vez tuvo miedo de acceder o no pudo acceder a la atención dental? ☐ SÍ ☐ NO

¿Tuvo dolor dental que aparece y desaparece en los últimos 6 meses? ☐ SÍ ☐ NO

Advanced Health, CCO 289 LaClair Street, Coos Bay, OR 97423

541-269-7400 * 800-264-0014 * TTY 800-735-1232 o 711

Versión 1 1.01.2025

¿Tuvo dolor o molestias al masticar, o sensibilidad al calor o al frío en los últimos 6 meses? ☐ Sí ☐ NO

¿Le extrajeron algún diente a causa de una caries en los últimos 6 meses? ☐ Sí ☐ NO

¿Se le rompió algún diente? ☐ Sí ☐ NO

¿Tuvo algún dolor dental continuo que le impide hacer actividades normales como dormir, trabajar, ir a la escuela, etc.? ☐ Sí ☐ NO

¿Tiene alguna necesidad dental urgente? _____

¿Tiene una emergencia dental? _____

¿Le gustaría obtener información adicional sobre sus beneficios dentales? ☐ Sí ☐ NO

NECESIDADES DE SALUD SOCIAL

¿Sigue las directrices de tiempo de pantalla recomendadas? ☐ 0 (menores de 2 años) ☐ 1 hora diaria (2-5 años)

☐ 2 horas por día (6-17 años)

¿Conoce las normas básicas de seguridad?

Usar casco de bicicleta ☐ Sí ☐ NO

Cruzar la calle ☐ Sí ☐ NO

Usar el cinturón de seguridad ☐ Sí ☐ NO

Llamar al 911 ☐ Sí ☐ NO

¿Tiene su familia un plan de seguridad y emergencia contra incendios? ☐ Sí ☐ NO

En los últimos 7 días, ¿con qué frecuencia su hijo durmió al menos 8 horas? ☐ Todos los días ☐ 3-6 días
☐ 1-2 días ☐ -0- días

En algún momento de los últimos 2 años, ¿el trabajo agrícola temporal o migratorio fue la principal fuente de ingresos de su familia? ☐ Sí ☐ No ☐ Elijo no responder

Durante el año pasado, ¿cuál fue el ingreso total combinado de los familiares con los que vive su hijo?

Esta información nos ayudará a determinar si usted es elegible para algún beneficio. ☐ Elijo no responder

¿Tiene usted acceso a un teléfono inteligente/computadora? ☐ Sí ☐ NO

¿Se queda sin comida antes de poder comprar más? ☐ Sí ☐ No

¿Está recibiendo actualmente beneficios de SNAP (asistencia alimentaria)? ☐ Sí ☐ No

¿Le gustaría obtener información sobre cómo solicitar beneficios de SNAP? ☐ Sí ☐ No

¿Le gustaría obtener una lista de bancos de comida locales? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene alguna necesidad de ropa? ☐ Sí ☐ No

¿Se siente seguro en su barrio? ☐ Sí ☐ No

¿Se siente física y emocionalmente seguro donde vive actualmente (en su casa)? ☐ Sí ☐ No
☐ Elijo no responder

¿Omitió algún pago de alquiler o hipoteca en los últimos 6 meses? ☐ Sí ☐ No

¿Recibió una notificación de desahucio? ☐ Sí ☐ No

¿Le cortaron los servicios públicos, como agua o electricidad, en los últimos 6 meses? ☐ Sí ☐ NO

¿Tiene necesidades adicionales de calefacción y aire acondicionado? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es "Sí", ¿cuáles son? _____

*¿Experimentó recientemente la falta de vivienda o está en riesgo de quedarse sin casa? ☐ Sí ☐ NO

¿Cuál es su situación de vida actual? (Encierre en un círculo una opción)

Casa/apartamento propio o alquilado Vida asistida Vivienda con un amigo/familiar

Casa de crianza temporal Centro de atención residencial/residencia de atención de largo plazo

*No tengo vivienda (vivo con otras personas, en un hotel, en un refugio, en la calle, en una playa, en un auto o en un parque) Elijo no responder a esta pregunta

¿Con cuántos familiares, incluido usted, vive actualmente su hijo? Liste: _____

☐ Elijo no responder _____

¿Quiere ayuda para cambiar su situación de vivienda? ☐ Sí ☐ NO

Durante el último año, ¿su hijo pasó más de dos noches seguidas en una cárcel, prisión, centro de detención o centro penitenciario para menores? ☐ Sí ☐ NO ☐ Elijo no responder

¿Es su hijo un refugiado? ☐ Sí ☐ NO ☐ Elijo no responder

¿Asiste a la escuela? ☐ Sí ☐ NO

*¿Se le pidió que no regrese a la escuela o a la guardería? ☐ Sí ☐ NO

¿Tiene un Plan de educación individual (IEP)? ☐ Sí ☐ NO

*¿Hubo participación del Departamento de Servicios Humanos (Department of Human Services, DHS) o una historia de abuso o negligencia?

☐ Sí ☐ NO

¿Este niño está en crianza temporal? ☐ Sí ☐ NO

NECESIDADES FUNCIONALES

¿Su hijo vive con otras discapacidades, como una discapacidad intelectual, una discapacidad del desarrollo o una discapacidad física? ☐ Sí ☐ NO ☐ Elijo no responder

Advanced Health, CCO 289 LaClair Street, Coos Bay, OR 97423

541-269-7400 * 800-264-0014 * TTY 800-735-1232 o 711

Versión 1 1.01.2025

¿Necesita ayuda con alguna de las siguientes opciones (encierre en un círculo cualquier opción que corresponda)?

Lavarse/bañarse Usar el baño Tragar/masticar Preparar comidas Vestirse
Acostarse/levantarse de la cama o sentarse/pararse de una silla Usar el teléfono
Hacer tareas domésticas/Lavandería Hacer compras Manejo de medicamentos Caminar
Toma de decisiones

¿Usa algún equipo médico duradero, como una silla de ruedas, un aparato ortopédico o un andador? ☐ SÍ ☐ NO

¿Cuál usa y cómo compró sus artículos de equipo médico duradero? _____

¿Tiene usted un historial familiar de alguna de las siguientes? ☐ SÍ ☐ NO Si la respuesta es "Sí", encierre en un círculo la enfermedad:

Corazón Presión alta Diabetes Cáncer Problemas pulmonares o respiratorios
Dolor crónico Derrame cerebral Problemas de audición Problemas de la vista
Problemas de vejiga o riñón Problemas de hígado Tuberculosis VIH/SIDA Alergias
Asma N/A Otra

NECESIDADES DE SALUD CONDUCTUAL

*¿Está experimentando alguna de las siguientes? (Si la respuesta es "Sí", encierre en un círculo cualquiera que corresponda)

Ansiedad☐ Depresión☐ Estrés☐ Falta de apoyo emocional/social☐ Abuso físico o emocional☐

☐ N/A

¿Tiene tendencias suicidas o está expresando que quiere hacerse daño? ☐ SÍ ☐ NO

El estrés es cuando alguien se siente tenso, nervioso, ansioso o no puede dormir por la noche porque su mente está perturbada. ¿Qué tan estresado está su hijo? ☐ Para nada ☐ Un poco ☐ Algo ☐ Bastante
☐ Muchísimo ☐ Elijo no responder

*¿Le diagnosticaron alguna enfermedad conductual o emocional? ☐ SÍ ☐ NO

Si la respuesta es "Sí", indique: _____

¿Le gustaría recibir ayuda para conectarlo con los servicios de salud conductual? ☐ SÍ ☐ NO

¿Cómo describiría su sistema de apoyo? _____

**Si la respuesta es "Sí", tenga en cuenta lo siguiente: Línea de Coos en caso de crisis (541) 266-6800
Línea de Curry en caso de crisis (877) 519-9322**

¿Le gustaría obtener información adicional sobre su beneficio de salud conductual? ☐ SÍ ☐ NO

Advanced Health, CCO 289 LaClair Street, Coos Bay, OR 97423

541-269-7400 * 800-264-0014 * TTY 800-735-1232 o 711

Versión 1 1.01.2025

¿Consume tabaco (fuma, fuma cigarrillo electrónico o mastica)? ☐ SÍ ☐ NO ☐ N/A

*¿Consume alcohol? ☐ SÍ ☐ NO Si la respuesta es "Sí", ¿con qué frecuencia? _____

*¿Consume alguna sustancia ilegal? ☐ SÍ ☐ NO ☐ N/A

*¿Está trabajando actualmente con Bienestar infantil o un trabajador social a través de otra agencia?
☐ SÍ ☐ NO

Si la respuesta es "Sí", ¿qué agencia?: _____

¿Tuvo 2 o más colocaciones? ☐ SÍ ☐ NO

¿Tiene otro seguro? ☐ SÍ ☐ NO

Si la respuesta es "Sí", ¿cuál? _____

¿Cuál es su número de identificación? _____ Esto nos ayudará a coordinar sus beneficios.

¿Cuál es el seguro principal de su hijo? ☐ Ninguno/sin seguro ☐ Medicaid ☐ CHIP Medicaid ☐ Medicare
☐ Otro seguro público (excepto CHIP) ☐ Otro seguro público (CHIP) ☐ Seguro privado

¿Formó parte recientemente de una Organización de Atención Coordinada diferente? ☐ SÍ ☐ NO

Si la respuesta es "Sí", ¿cuál? _____ Esto nos ayudará a coordinar sus beneficios.

También puede calificar para recibir ayuda adicional a través de nuestro Programa de Coordinación de Atención.

AUTOEVALUACIÓN DEL MIEMBRO

En comparación con hace 1 año, ¿cómo calificaría su salud física en general? ☐ Excelente ☐ Buena ☐ Mejor
☐ Mala ☐ Nada buena ☐ Elijo no responder _____

En comparación con hace 1 año, ¿cómo calificaría su salud dental en general? ☐ Excelente ☐ Buena ☐ Mejor
☐ Mala ☐ Nada buena ☐ Elijo no responder _____

En comparación con hace un año, ¿cómo calificaría su salud emocional en general? ☐ Excelente ☐ Buena
☐ Mejor ☐ Mala ☐ Nada buena ☐ Elijo no responder _____

***Indicador de riesgo**

Si necesita ayuda inmediata para coordinar la atención, llame a Servicios para Miembros al 541-269-7400 o al 1-800-264-0014 o TTY 711.

English

You can get this handbook in other languages, large print, Braille or a format you prefer. You can also ask for an interpreter. This help is free. Call 541-269-7400 or TTY 711 or 800-735-1232. We accept relay calls.

-

You can get help from a certified and qualified health care interpreter.

Spanish

Puede obtener este documento en otros idiomas, en letra grande, braille o en un formato que usted prefiera. También puede recibir los servicios de un intérprete. Esta ayuda es gratuita. Llame al servicio de atención al cliente al 541-269-7400 o TTY 711 u 800-735-1232. Aceptamos todas las llamadas de retransmisión.

-

Usted puede obtener ayuda de un intérprete certificado y calificado en atención de salud.

Russian

Вы можете получить это документ на другом языке, напечатанное крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в предпочитаемом вами формате. Вы также можете запросить услуги переводчика. Эта помощь предоставляется бесплатно. Звоните по тел. 541-269-7400 или TTY 711 or 800-735-1232. Мы принимаем звонки по линии трансляционной связи.

-

Вы можете получить помощь от аккредитованного и квалифицированного медицинского переводчика.

Vietnamese

Quý vị có thể nhận tài liệu này bằng một ngôn ngữ khác, theo định dạng chữ in lớn, chữ nổi Braille hoặc một định dạng khác theo ý muốn. Quý vị cũng có thể yêu cầu được thông dịch viên hỗ trợ. Sự trợ giúp này là miễn phí. Gọi 541-269-7400 hoặc TTY (Đường dây Dành cho Người Khiếm thính hoặc Khuyết tật về Phát âm) 711 or 800-735-1232. Chúng tôi chấp nhận các cuộc gọi chuyển tiếp.

-

Quý vị có thể nhận được sự giúp đỡ từ một thông dịch viên có chứng nhận và đủ tiêu chuẩn chuyên về chăm sóc sức khỏe.

Arabic

يمكنكم الحصول على هذا وثيقة بلغات أخرى، أو مطبوعة بخط كبير، أو مطبوعة على طريقة برايل أو حسب الصيغة المفضلة لديكم. كما يمكنكم طلب مترجم شفهي. إن هذه المساعدة مجانية. اتصلو على 541-269-7400 أو المبرقة الكاتبة 711 or 800-735-1232. نستقبل المكالمات المحولة.

-

يمكنكم الحصول على المساعدة من مترجم معتمد ومؤهل في مجال الرعاية الصحية.

Somali

Waxaad heli kartaa warqadan oo ku qoran luqaddo kale, far waaweyn, farta dadka indhaha aan qabin wax ku akhriyaan ee Braille ama qaabka

Advanced Health, CCO 289 LaClair Street, Coos Bay, OR 97423

541-269-7400 * 800-264-0014 * TTY 800-735-1232 o 711

Versión 1 1.01.2025

aad doorbidayso. Waxaad sidoo kale codsan kartaa turjubaan. Taageeradani waa lacag la'aan. Wac 541-269-7400 ama TTY 711 or 800-735-1232. Waa aqbalnaa wicitaanada gudbinta.

-

Waxaad caawimaad ka heli kartaa turjubaanka daryeelka caafimaadka oo xirfad leh isla markaana la aqoonsan yahay.

Simplified Chinese

您可获取本文件的其他语言版、大字版、盲文版或您偏好的格式版本。您还可要求提供口译员服务。本帮助免费。致电 541-269-7400 或 TTY 711 or 800-735-1232。我们会接听所有的转接来电。

-

您可以从经过认证且合格的医疗口语翻译人员那里获得帮助。

Traditional Chinese

您可獲得本信息函的其他語言版本、大字版、盲文版或您偏好的格式。您也可申請口譯員。以上協助均為免費。請致電 541-269-7400 或聽障專線 711 or 800-735-1232。我們接受所有傳譯電話。

-

您可透過經認證的合格醫療保健口譯員取得協助。

Korean

이문서는 다른 언어, 큰 활자, 점자 또는 선호하는 형식으로 받아보실 수 있습니다. 통역사를 요청하실 수도 있습니다. 무료 지원해 드립니다. 541-269-7400 또는 TTY 711 or 800-735-1232 에 전화하십시오. 저희는 중계 전화를 받습니다.

-

공인 및 자격을 갖춘 의료서비스 전문 통역사의 도움을 받으실 수 있습니다.

Chuukese

En mi tongeni angei ei taropwe non pwan ew fosun fenu, mese watte mak, Braille ika pwan ew format ke mwochen. En mi tongeni pwan tingor emon chon chiaku Ei aninis ese fokkun pwan kamo. Kokori 541-269-7400 ika TTY 711 or 800-735-1232. Kich mi etiwa ekkewe keken relay.

-

En mi tongeni kopwe angei aninis seni emon mi certified ika qualified ren chon chiaku ren health care.

Ukrainian

Ви можете отримати цей довідник іншими мовами, крупним шрифтом, шрифтом Брайля або у форматі, якому ви надаєте

перевалу. Ви також можете попросити надати послуги перекладача.

Ця допомога є безкоштовною. Дзвоніть по номеру телефону 541-269-7400 або телетайпу 711 or 800-735-1232. Ми приймаємо всі дзвінки, які на нас переводять.

-

Ви можете отримати допомогу від сертифікованого та кваліфікованого медичного перекладача.

Farsi

می‌توانید این نامه را به زبان‌های دیگر، درشت‌خط، بریل یا قالب ترجیحی دیگری دریافت کنید. می‌توانید مترجم شفاهی نیز درخواست کنید. این کمک رایگان است. با #CustomerService# یا TTY 711 or 800-735-1232 تماس بگیرید. تماس‌های رله را می‌پذیریم.

-

می‌توانید از یک مترجم شفاهی دارای گواهی و باکفایت در زمینه بهداشت و

Swahili

Unaweza kupata herufi hii kwa lugha zingine, kwa herufi kubwa, kwa lugha ya maandishi kwa vipofu au namna yeyote unayopendelea.

Unaweza pia kuomba mkalimani. Msaada huu ni wa bure. Piga #CustomerService# au TTY 711 or 800-735-1232. Tunakubali simu za kupitisha ujumbe.

-

Unaweza pata usaidizi kutoka kwa mkalimani wa huduma ya afya aliyeidhinishwa na aliyehitimu.

Burmese

ဤစာကို အချားဘာသာစကားမ်း၊ ပုံဝိဇ္ဇာလုံးဟ်း၊ မ်ကျမင်းအကြက
ဘေးလု သိုမဟုတု သိမိဝိဇ္ဇာညံ့ ပုံစံပုဖု ရယူနိဌိသည။ သည
စကားပုပန္တစဉ်းလညး တေားဆိနိဌိသည။ ဤအကူအညီသည
အမဲပုဖုစွါသည။ #CustomerService# သိုမဟုတု 711 or 800-735-1232 ကို
ဖုနးဆကွါ။ ထညးဝဲဆိမးမ်းကို ကြေးပိလကံပါသည။

-

သည သညးဆးလကွတုဝဲ အရညးဝဲဉ်းဉ်းသညး က်းမာေး
စေားဝဲဝဲကွ; စကားပုပန္တမလညး အကူအညီရယူနိဌိသည။

Amharic

ይህንን ደብዳቤ በሌሎች ቋንቋዎች፣ በትልቅ ህትመት፣ በብሬይል ወይም እርስ
በሚመርጡት መልኩ ማግኘት ይቻላል። በተጨማሪም አስተርጓሚ መጠየቅ
ይቻላል። ይህ ድጋፍ የሚሰጠው በነጻ ነው። ወደ #CustomerService# ወይም TTY
711 or 800-735-1232 ይደውሉ። የረሌይ ጥሪዎችን እንቀበላለን።

-

ፍቃድ ካለው እና ብቃት ካለው የጤና እንክብካቤ አስተርጓሚ ድጋፍ ማግኘት
ይቻላል።

Romanian

Puteți obține această scrisoare în alte limbi, cu scris cu litere majuscule, în Braille sau într-un format preferat. De asemenea, puteți solicita un interpret. Aceste servicii de asistență sunt gratuite. Sunați la #CustomerService# sau TTY 711 or 800-735-1232. Acceptăm apeluri adaptate persoanelor surdomute.

-

Puteți obține ajutor din partea unui interpret de îngrijire medicală certificat și calificat.