



289 LaClair Street, Coos Bay, Oregon 97420

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

## EVALUACIÓN DE RIESGOS PARA LA SALUD 2025

### INICIAL / ANUAL / ACTUALIZACIÓN

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | DIRECCIÓN:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| PRONOMBRES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| TELÉFONO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ESTADO CIVIL:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| FECHA DE NACIMIENTO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | CORREO ELECTRÓNICO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Género:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | N.º DE IDENTIFICACIÓN DEL PLAN DE SALUD DE OREGÓN (OHP):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>RAZA:</b> ENCIERRE EN UN CÍRCULO UNA OPCIÓN<br>Indio americano/nativo de Alaska<br>Asiático<br>Negro/afroamericano<br>Hispano/Latino<br>Multirracial<br>Nativo de Hawái/otras islas del Pacífico<br>Blanco<br>Otra:<br>Elijo no responder a esta pregunta<br><br><b>ORIGEN ÉTNICO:</b> ENCIERRE EN UN CÍRCULO UNA OPCIÓN<br>Hispano o latino<br>No hispano ni latino<br>Elijo no responder a esta pregunta | <b>TIPO DE PLAN:</b> ENCIERRE EN UN CÍRCULO UNA OPCIÓN<br>CCOA – Médico, dental, salud conductual, transporte<br>CCOB – Médico, dental, transporte<br>CCOE – Salud conductual, transporte<br>CCOG – Salud conductual, dental y transporte<br><br><b>INTERCAMBIO Y RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN</b><br>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 cantidad de veces que le hagan las mismas preguntas. No es necesario que responda ninguna pregunta que no corresponda. Usted tiene derecho a rechazar la 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.

\*¿Está usted interesado en participar en la coordinación de la atención? ☐ 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

¿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.

\*¿Es usted ciego, sordo o tiene problemas de audición? ☐ SÍ ☐ NO ☐

¿Usa algún dispositivo de ayuda para ver o escuchar, como anteojos o audífonos? ☐ SÍ ☐ NO ☐

¿Tiene alguna necesidad cultural? ☐ SÍ ☐ NO ☐ (Como creencias y costumbres de salud)

Explique: \_\_\_\_\_

¿Cuál es su sexo? (marque todas las opciones que correspondan) ☐ Niña, mujer ☐ Niño, hombre

☐ No binario ☐ Sin género ☐ En duda ☐ No listado: Especifique: \_\_\_\_\_ ☐ No sé ☐ No entiendo esta pregunta ☐ No quiero responder

¿Cómo describe su orientación sexual o identidad de género? (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 salud? (Ej.: cónyuge, pariente, pareja, 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. Si lo solicita, nuestro equipo de servicio de atención al cliente puede enviarle una revelación de información. –

¿Le gustaría que le enviemos una revelación de información? ☐ SÍ ☐ NO ☐

\* ¿Fue dado de baja de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? ☐ SÍ ☐ NO ☐ Elijo no responder ☐

¿Cuál es el nivel más alto de educación que terminó? ☐ Menos que el título de secundaria

☐ Diploma de escuela secundaria o GED ☐ Más que la escuela secundaria ☐ Elijo no responder

¿Necesita ayuda con el transporte para sus citas? ☐ SÍ ☐ NO ☐

¿Le gustaría recibir información adicional sobre su beneficio de transporte? ☐ SÍ ☐ NO ☐

### **NECESIDADES DE SALUD FÍSICA**

¿Quién es su proveedor de atención primaria? \_\_\_\_\_

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

¿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

¿Cuál es la lesión? \_\_\_\_\_

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

Si la respuesta es "Sí", explique: \_\_\_\_\_

\*¿Su médico le dijo que tiene una 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: \_\_\_\_\_

¿Le gustaría recibir materiales educativos adicionales sobre su salud? ☐ Sí ☐ NO

\*¿Está embarazada actualmente? ☐ Sí ☐ NO

\*Si la respuesta es "Sí", ¿le dijo su médico que usted tiene alto riesgo? ☐ Sí ☐ NO

¿Cuándo fue su última prueba de PAP/mamografía? \_\_\_\_\_

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

¿Le hicieron una colonoscopia? ☐ Sí ☐ NO FECHA: \_\_\_\_\_

\*¿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? \_\_\_\_\_

¿Necesita ayuda para obtener o tomar sus medicamentos? ☐ Sí ☐ NO

¿Cuántos medicamentos toma todos los días? \_\_\_\_\_

Liste sus condiciones y los medicamentos que toma.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿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:

¿Su médico le recomendó ganar/perder peso? ☐ Sí ☐ NO

¿Tuvo algún aumento/pérdida de peso significativo/a en los últimos 90 días? ☐ Sí ☐ NO

En los últimos 7 días, ¿con qué frecuencia hizo ejercicio durante al menos 20 minutos en un día?

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

En los últimos 7 días, ¿tuvo algún problema para permanecer dormido o para conciliar el sueño? ☐ Sí ☐ NO

### **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

¿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**

¿Cuál es tu situación laboral actual? ☐ Desempleado ☐ Trabajo a tiempo parcial o temporal  
☐ Trabajo a tiempo completo ☐ Desempleado pero que no busca trabajo (p. ej.: estudiante, jubilado, discapacitado, cuidador primario no remunerado): \_\_\_\_\_ ☐ Elijo no responder

¿Qué tipo de trabajo hace? \_\_\_\_\_

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

Durante el año pasado, ¿cuál fue el ingreso total combinado de usted y los familiares con los que vive?  
\_\_\_\_\_ Esta información nos ayudará a determinar si usted es elegible para recibir algún beneficio.

☐ Elijo no responder

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

¿Tiene usted una tarjeta de identificación estatal? ☐ Sí ☐ No

¿Le gustaría obtener información sobre cómo conseguir una? ☐ 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

Durante el último año, ¿sintió miedo de su pareja o expareja? ☐ Sí ☐ No ☐ No tuve pareja en el último año

☐ 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

¿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? Liste: \_\_\_\_\_ ☐ Elijo no responder

¿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

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

Durante el último año, ¿pasó usted más de dos noches seguidas en una cárcel, prisión, centro de detención o cualquier centro penitenciario? ☐ SÍ ☐ NO ☐ Elijo no responder

¿Es un refugiado? ☐ SÍ ☐ NO ☐ Elijo no responder

¿Es usted padre de crianza temporal o tiene hijos en crianza temporal? ☐ SÍ ☐ NO ☐ Elijo no responder

### **NECESIDADES FUNCIONALES**

¿Vive usted 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

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 ☐

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? ☐ Para nada ☐ Un poco ☐ Algo ☐ Bastante  
☐ Muchísimo ☐ Elijo no responder

\*¿Le diagnosticaron alguna enfermedad conductual o emocional? ☐ SÍ ☐ NO Si la respuesta es "Sí", liste: \_\_\_\_\_

¿Cómo describiría su sistema de apoyo? \_\_\_\_\_

¿Tiene pensamientos suicidas o siente que quiere hacerse daño? ☐ SÍ ☐ NO

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

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

**Para ayuda inmediata en caso de crisis: LÍNEA DE COOS EN CASO DE CRISIS (541) 266-6800**  
**LÍNEA DE CURRY EN CASO DE CRISIS (877) 519-9322**

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

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

\*¿Usa/abusa de alguna sustancia con receta, legal o ilegal? ☐ SÍ ☐ NO Opioide/IV ☐ SÍ ☐ NO

Si la respuesta es "Sí", ¿con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

\*¿Está usted inscrito en un programa de tratamiento de asistencia con medicamentos? ☐ SÍ ☐ NO

¿Le gustaría obtener ayuda con una remisión para tratamiento de drogas o alcohol? ☐ SÍ ☐ NO ☐ N/A

¿Completó actividades de planificación de vida o una directiva anticipada? ☐ SÍ ☐ NO

Si la respuesta es "Sí", ¿dónde está? \_\_\_\_\_

Si la respuesta es "No", ¿le gustaría obtener más información? ☐ SÍ ☐ NO

Si la respuesta es "Sí", le enviaremos por correo una directiva anticipada.

\*¿Está trabajando actualmente con otro programa/trabajador social u otra agencia? ☐ SÍ ☐ NO

Si la respuesta es "Sí", ¿qué agencia? \_\_\_\_\_

¿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 su seguro principal? ☐ 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.

### **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 1 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 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 перевагу. 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 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၊ ပုံဝိဟာလုံးဟ်း၊ မ်ကျမဋ္ဌးအတြက  
ဘေးလု သိုမဟုတု သပိမိဝိဋ္ဌကညံ ပံစံပုဖဝံ ရယူနိုင်ပါသည်။ သည့်  
စကားပုပန္တစဉ်းလညံး တောဝံးဆိုနိုင်ပါသည်။ ဤအကူအညီသည့်  
အခမဲ့ပုဖဝံပါသည်။ #CustomerService# သိုမဟုတု 711 or 800-735-1232 ကို  
ဖုန်းဆက်ပါ။ ထည့်ဝံးခေဆိမ်းမီးကို ကြေးပိုမို လက်ပါသည်။

-

သည့် သနံးဆဝံးလကတုဝံး အရညှိခံးပီသညံး ကံးမာေး  
တောဝံးပွာကွဲး စကားပုပန္တစဉ်းလညံး အကူအညီရယူနိုင်ပါသည်။

### Amharic

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

-

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

### 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.