

## Aviso sobre Práticas de Privacidade do Partners HealthCare



### **Suas informações. Seus direitos. Nossas responsabilidades.**

Este Aviso descreve como suas informações médicas podem ser usadas e divulgadas e como você pode obter acesso a essas informações.

**Analise-o cuidadosamente.**

A palavra "Partners" neste Aviso descreve as práticas de privacidade do Partners HealthCare System, Inc. e suas entidades designadas. A lista das instituições do Partners que se aplicam à este Aviso podem ser encontradas no nosso website [www.partners.org/PatientPrivacyNotice](http://www.partners.org/PatientPrivacyNotice).

Este Aviso também se aplica a médicos particulares que façam parte da equipe médica dessas organizações se eles consultarem você em um centro do Partners (eles darão a você o próprio Aviso deles se o consultarem em seus consultórios particulares).

### **Seus direitos**

**Quando se trata de suas informações de saúde, você tem alguns direitos.** Esta seção explica seus direitos e algumas de nossas responsabilidades para ajudá-lo.

- |   |   |
|---|---|
| <b>Obter uma cópia eletrônica ou impressa de seus registros médicos</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Você pode ver ou solicitar uma cópia eletrônica ou impressa de seus registros médicos e de outras informações de saúde que temos sobre você. Você também pode solicitar seus resultados de testes diretamente dos laboratórios nos quais os testes foram realizados. Pergunte-nos como fazer isso.</li><li>• Normalmente, nós forneceremos uma cópia ou um resumo de suas informações de saúde dentro de 30 dias após a solicitação. Podemos cobrar uma taxa para cobrir os custos.</li><li>• Se seu pedido for negado, nós explicaremos os motivos e o informaremos sobre seus direitos.</li></ul> |
| <b>Solicitar comunicaciones confidenciales</b>                          | <ul style="list-style-type: none"><li>• Você pode nos pedir para contatá-lo de uma forma específica (por exemplo, no telefone residencial ou comercial) ou para enviar correspondências para um endereço diferente. Nós responderemos "sim" a todas as solicitações justas.</li></ul>   |

---

**Pedir que limitemos o que usamos ou compartilhamos**

- Você pode solicitar para não usarmos ou compartilharmos (fora do Partners) determinadas informações de saúde para tratamento, pagamento ou nossas operações.
  - Nós não somos obrigados a concordar com sua solicitação e temos o direito de dizer “não”.
- Se você pagar integralmente por um serviço ou atendimento de saúde adicional, você pode solicitar para não compartilharmos essas informações com o seu plano de saúde com a finalidade de pagamento ou para nossas operações.

---

**Escolher alguém para representá-lo**

- Se você não puder tomar suas próprias decisões de saúde e tiver concedido a alguém uma procuração médica, ou se alguém for seu tutor legal, essa pessoa poderá exercer seus direitos e tomar decisões sobre suas informações de saúde.
- Nós nos certificaremos de que a pessoa tenha essa autoridade e possa representá-lo antes de permitirmos que ela tome decisões por você.

---

**Obter uma lista das pessoas com quem compartilhamos informações (fora do Partners)**

- Você pode solicitar uma lista (contabilização) de quantas vezes compartilhamos suas informações de saúde nos seis anos anteriores à data de solicitação, com quem compartilhamos e por quê. Responderemos à sua solicitação dentro de 60 dias.
- Nós incluiremos todas as divulgações, exceto aquelas sobre tratamento, pagamento e operações de atendimento de saúde e algumas outras divulgações (como qualquer uma que você nos pedir para divulgar). Nós forneceremos uma contabilização gratuita por ano, mas cobraremos uma taxa para cobrir os custos se você solicitar outra dentro de 12 meses.

---

**Obter uma cópia deste Aviso sobre privacidade**

- Você pode solicitar uma cópia impressa deste Aviso a qualquer momento, mesmo se tiver concordado em recebê-lo de forma eletrônica. Nós forneceremos a você uma cópia impressa imediatamente.

---

**Pedir para corrigirmos seu registro médico**

- Você pode nos pedir para corrigir suas informações de saúde ou de cobrança que estejam incorretas ou incompletas. Pergunte-nos como fazer isso.
- Nós podemos dizer “não” à sua solicitação se, por exemplo, seu plano de saúde crer que as informações em seus registros atuais estejam incompletas ou imprecisas. Se negarmos sua solicitação, nós informaremos o motivo por escrito dentro de 60 dias.
- Se concordarmos com sua solicitação, pediremos que você nos forneça os nomes das pessoas que você deseja que recebam as informações corretas.

---

**Registrar uma reclamação se achar que seus direitos foram violados**

- Você pode fazer uma reclamação se achar que nós violamos seus direitos de privacidade entrando em contato com o escritório de Privacidade do Partners HealthCare através da Linha de Conformidade do Partners no 1-800-856-1983 ou [www.partners.org/complianceline](http://www.partners.org/complianceline).
- Você pode registrar uma reclamação junto ao U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights enviando uma carta para J.F.K Federal Building – Room 1875, Boston, MA 02203, ligando para 800-368-1019, 800-537-7697 (TDD) ou acessando [www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/](http://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/).
- Não faremos nenhuma retaliação por você ter feito uma reclamação.

## Suas escolhas

**Para determinadas informações de saúde, você pode nos dizer o que compartilhar.** Se tiver uma preferência clara sobre a forma como compartilhamos suas informações nas situações descritas abaixo, fale conosco. Diga-nos o que você deseja que façamos e nós seguiremos suas instruções. Nós o trataremos da mesma maneira, não importando quais sejam suas escolhas.

Nesses casos, você tem o direito e a opção de nos dizer para:

- Compartilhar informações com seus familiares, amigos íntimos ou outros envolvidos em seus cuidados
- Compartilhar informações em uma situação de emergência
- Incluir suas informações no diretório do hospital. Se você for internado no hospital, seu nome, número de quarto, seu estado geral e sua religião poderão ser listados no diretório do hospital (balcão de informações). Essas informações serão compartilhadas com membros de sua família, amigos, religiosos e outros que perguntarem por você. Você pode solicitar que seu nome seja removido da lista do diretório.
- Nós poderemos usar suas informações para arrecadar fundos para apoiar o sistema Partners e sua missão de excelência, mas você pode pedir que não entremos mais em contato com você. As informações que usarmos são limitadas a dados demográficos ou outras informações permitidas por lei (como nome, endereço, número de telefone ou endereço de e-mail, idade, data de nascimento, sexo, status do plano de saúde, datas de atendimento, informações do departamento de atendimento, informações do médico do tratamento ou informações sobre os resultados).

*Se você não puder nos informar suas preferências, por exemplo, se você estiver inconsciente, nós poderemos continuar compartilhando suas informações se acreditarmos que isso seria de seu próprio interesse. Poderemos, ainda, compartilhar suas informações quando necessário para diminuir uma ameaça grave ou iminente à saúde ou à segurança*

Nestes casos, nós nunca compartilharemos suas informações, a menos que você nos dê permissão por escrito:

- Fins de marketing
- Venda de suas informações

## Nossos usos e divulgações

**Como normalmente usamos ou compartilhamos suas informações de saúde?** O Partners desenvolveu um registro médico eletrônico compartilhado para cuidado do paciente que é usado por / pela:

- O Partners, incluindo seus membros de organização (por exemplo, hospitais, clínicas ambulatoriais) e provedores de saúde, e
- Outros provedores **não Partners**, como Dana-Farber Cancer Institute (DFCI) e determinadas comunidades e grupos médicos.

---

O Partners participa de trocas de informações de saúde (HIEs), incluindo a Massachusetts Health Information Highway (Mass HIway). O Partners usa HIEs como uma forma de compartilhar, solicitar e receber informações de saúde por meio eletrônico de outras organizações de saúde. Para perguntas, ou se quiser optar por não compartilhar suas informações usando o Mass HIway, entre em contato com o Escritório de Privacidade do Partners através da Linha de Apoio de Conformidade do Partners no 1-800-856-1983 ou [www.partners.org/complianceline](http://www.partners.org/complianceline).

Normalmente, nós usamos ou compartilhamos suas informações de saúde das seguintes formas.

---

**Tratar de você**

- Nós usamos suas informações de saúde e as compartilhamos com outros profissionais que tratam de você dentro ou fora do Partners.

***Exemplo:** seu especialista poderá discutir sobre sua condição e tratamento com seu médico de clínica geral.*

---

**Administrar nossa organização**

- Nós podemos usar suas informações de saúde para administrar nossas práticas hospitalares ou médicas, melhorar seu atendimento e contatá-lo, quando necessário.

***Exemplo:** nós usamos suas informações de saúde para monitorar a qualidade do atendimento e para treinar os profissionais de saúde.*

---

**Cobrar serviços prestados a você**

- Nós podemos usar e compartilhar suas informações de saúde para cobrar e receber pagamento dos planos de saúde e de outras entidades.

***Exemplo:** nós fornecemos informações sobre você para seu plano de saúde para que ele pague pelos serviços prestados a você.*

---

**Entrar em contato com você**

- O Partners poderá usar suas informações de saúde para entrar em contato com você:
- Através do endereço e dos números de telefone fornecidos, incluindo deixar recados nos números de telefone
  - Com informações sobre problemas relacionados ao atendimento de pacientes, escolhas de tratamento e instruções para acompanhamento do tratamento
  - Com informações que podem ser de seu interesse, que descrevam um produto relacionado à saúde ou a um serviço fornecido pela Partners
  - Através do endereço de e-mail ou de outras informações de contato que você forneceu para nos ajudar em atividades descritas neste Aviso

***Exemplo:** nós poderemos contatá-lo com respeito a consultas marcadas ou canceladas, atualizações de registro/seguro, assuntos de cobranças ou pagamentos, avaliação pré-procedimento, pesquisas de satisfação ou resultados de teste.*

---

---

**De que outras formas podemos usar ou compartilhar suas informações de saúde?** Nós temos permissão ou somos solicitados a compartilhar suas informações sem a sua autorização de outras formas – geralmente em casos que contribuem com o bem público, como saúde pública e pesquisas. Temos de satisfazer muitas condições legais antes de podermos compartilhar suas informações para esses fins. Os seguintes são exemplos de como podemos compartilhar informações sem a sua autorização:

---

**Ajudar na saúde pública e nas questões de segurança**

Nós podemos compartilhar suas informações de saúde em determinadas situações, como:

- Prevenção de doenças
- Ajuda com recalls de produtos
- Relatos de reações adversas a medicamentos
- Relatos de suspeita de abuso, negligência ou violência doméstica
- Prevenção ou redução de uma grave ameaça à saúde ou à segurança de alguém

---

**Fazer pesquisas**

- Nós podemos compartilhar informações sobre sua saúde para pesquisas aprovadas por um Comitê de pesquisas do Partners ou seus designados quando não for exigida uma permissão por escrito pela lei federal ou estadual. Isso também pode incluir a preparação para a pesquisa ou informá-lo sobre estudos nos quais você pode estar interessado.

---

**Cumprir a lei**

- Nós compartilharemos informações sobre você se as leis estaduais ou federais exigirem, incluindo o Department of Health and Human Services, caso eles desejem verificar se estamos cumprindo a lei de privacidade federal.

---

**Responder às solicitações de doação de órgãos e tecidos**

- Nós podemos compartilhar suas informações de saúde com bancos de órgãos.

---

**Cooperar com um legista ou agente funerário**

- Nós podemos compartilhar informações de saúde com um perito, médico legista ou agente funerário se o indivíduo falecer.

---

**Cuidar de remuneração de funcionários, cumprimento da lei e outras solicitações do governo**

Nós podemos usar ou compartilhar suas informações de saúde:

- Para reivindicações de remuneração de funcionários
- Para cumprimento da lei sob condições específicas, como relatar quando alguém é vítima de um crime
- Com agências de fiscalização de saúde para atividades autorizadas pela lei
- Para serviços governamentais especiais, como serviço militar, segurança nacional e serviços de proteção presidencial

---

**Responder a processos e ações jurídicas**

- Nós podemos compartilhar suas informações de saúde em resposta a um pedido legal ou administrativo ou em resposta a uma intimação.

---

**Para obter mais informações, consulte:**  
[www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/index.html](http://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/index.html).

---

**Quando precisamos de permissão escrita antes de compartilhar suas informações de saúde?** Nós não compartilharemos suas informações de saúde para outras finalidades que não estejam descritas neste Aviso, a menos que você nos dê permissão por escrito. Nós também temos restrições de outras leis estaduais e federais quanto a compartilhar certos tipos de informações de saúde consideradas altamente confidenciais sem a sua permissão por escrito.

---

**Em geral, nós solicitaremos o seu consentimento antes de compartilhar certas informações:**

- Registros de tratamentos recebidos através de recursos federais para programas de uso de substância
- Alguns documentos de psicoterapia
- Testes de HIV ou resultados de teste
- Informação genética
- Comunicações confidenciais com um assistente social licenciado
- Registros de um Conselheiro de Vítimas de Violência Doméstica ou Agressão Sexual

As leis que protegem essas informações têm muitas exceções. Por exemplo, nós podemos compartilhar suas informações de saúde sem o seu consentimento se for necessário relatar a suspeita de abuso ou negligência de crianças ou de idosos, e para outras finalidades, conforme permitido por lei.

---

Você pode cancelar uma autorização ou consentimento a qualquer momento por escrito ou, em certas situações, verbalmente, exceto se já tivermos tomado medidas com base na sua autorização. Por exemplo, se já tivermos compartilhado suas informações de saúde com aqueles que você já tinha dado permissão por escrito anteriormente, nós não poderemos voltar atrás.

---

## Nossas responsabilidades

- Por lei, somos obrigados a manter a privacidade e a segurança de suas informações de saúde protegidas.
- Nós o avisaremos prontamente se ocorrer uma violação que possa ter comprometido a privacidade ou a segurança de suas informações.
- Nós devemos seguir as regras e as práticas de privacidade descritas neste Aviso e dar a você uma cópia dele.
- Nós não usaremos nem compartilharemos suas informações de outra forma além da descrita aqui, a menos que você nos dê permissão por escrito. Se você nos der permissão, você poderá mudar de opinião a qualquer momento. Avise-nos por escrito se mudar de opinião.
- O Partners mantém registros médico-hospitalares por pelo menos 20 anos após sua alta ou após seu tratamento final; outros registros são mantidos de acordo com as regulamentações estaduais e federais. Uma cópia das Diretrizes de retenção de registros clínicos do Partners está disponível mediante solicitação.

---

**Para obter mais informações, consulte:**

[www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/notice-privacy-practices/index.html](http://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/notice-privacy-practices/index.html).

### **Alterações aos termos deste Aviso**

Nós podemos alterar os termos deste Aviso e essas alterações se aplicarão a todas as informações que temos sobre você. O novo Aviso estará disponível mediante solicitação nas áreas de registro, no nosso website [www.partners.org/PatientPrivacyNotice](http://www.partners.org/PatientPrivacyNotice), ou você pode requisitar uma cópia entrando em contato com o Escritório de Privacidade do Partners através da Linha de Apoio de Conformidade do Partners no 1-800-856-1983 ou [www.partners.org/complianceline](http://www.partners.org/complianceline).

### **DATA DE VIGÊNCIA DESTE AVISO**

Este Aviso entra em vigor em 1º de Janeiro de 2019.

## Notificação informando indivíduos sobre requisitos de não discriminação e acessibilidade e declaração de não discriminação: a discriminação é ilegal

O Partners HealthCare cumpre as leis federais aplicáveis que regem os direitos civis e não discrimina com base na raça, cor, nacionalidade, cidadania, origem, religião, credo, sexo, orientação sexual, identidade de gênero, idade ou deficiência. O Partners HealthCare não exclui pessoas nem as trata de modo diferente devido à raça, cor, nacionalidade, cidadania, origem, religião, credo, sexo, orientação sexual, identidade de gênero, idade ou deficiência.

As entidades do Partners HealthCare:

- Fornecem auxílio e serviços gratuitos para pessoas portadoras de deficiências, para que possam se comunicar efetivamente conosco, tais como:
  - Intérpretes de língua de sinais qualificados
  - Informações escritas em outros formatos (fontes grandes, áudio, formatos eletrônicos acessíveis, outros formatos)
- Fornecem serviços gratuitos de idiomas para pessoas cujo idioma principal não é o inglês, tais como:
  - Intérpretes qualificados
  - Informações escritas em outros idiomas

Se você precisar desses serviços, entre em contato com o coordenador de direitos civis da unidade em questão através do [www.partners.org/CivilRightsCoordinators](http://www.partners.org/CivilRightsCoordinators).

Se você acredita que uma entidade do Partners não forneceu esses serviços ou discriminou de outra forma com base em raça, cor, nacionalidade, cidadania, origem, religião, credo, sexo, orientação sexual, identidade de gênero, idade ou deficiência, você pode apresentar uma queixa pessoalmente ou por correio, fax usando a informação no [www.partners.org/Notices/Nondiscrimination-Statement.aspx](http://www.partners.org/Notices/Nondiscrimination-Statement.aspx). Se você precisar de ajuda para apresentar uma queixa, o site do coordenador de direitos civis da unidade está disponível para ajudá-lo, ou você pode entrar em contato com a Linha de Apoio de Conformidade do Partners no 1-800-856-1983 ou [www.partners.org/complianceline](http://www.partners.org/complianceline).

Você também pode apresentar uma queixa de direitos civis junto ao Escritório de Direitos Civis (OCR) do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA eletronicamente através do Portal de Queixas de Serviços Civis, cujo endereço é <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf> ou por correio ou telefone em:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Or by contacting the OCR New England Regional Office

at: Office for Civil Rights  
U.S. Department of Health and Human Services  
Government Center  
J.F. Kennedy Federal Building - Room 1875  
Boston, MA 02203  
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Os formulários de queixa estão disponíveis em: [www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html](http://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html).

## Interpreter Services

ATTENTION: Language assistance services, free of charge are available to you. Please let us know your primary language and we will have an interpreter available to assist with your care.

Albanian/ Shqip	VINI RE: Nëse flisni shqip, atëherë do t'ju vihen në dispozicion pa pagesë shërbime të ndihmës gjuhësore. Ju lutemi të na vini në dijeni për gjuhën tuaj kryesore dhe ne do t'ju vëmë në dispozicion një përkthyes gojor për t'ju ndihmuar gjatë kohës që ju ofrohet kujdesi.
Amharic/ አማርኛ	ማሳሰቢያ: አማርኛ ቋንቋ የሚናገሩ ከሆነ፣ ከክፍያ ነጻ የሆነ የቋንቋ ድጋፍ አገልግሎቶች ይቀርቡልዎታል። እባክዎ ተቀዳሚ ያሳውቁንና በሕክምናዎ ወቅት የሚያግዝዎ አስተርጓሚ እናዘጋጃለን።
Arabic/ العربية	تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، تتوفر خدمات المساعدة اللغوية وتقديم لكم مجاناً. يرجى اطلعنا على لغتك الأساسية وسنقوم بتوفير مترجم لمساعدتك في أثناء تلقيكم للرعاية.
Armenian/ հայերեն	ՈՒՇԱԴԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե դուք խոսում եք հայերեն, լեզվի աջակցման ծառայությունները, անվճար, հասանելի կլինեն ձեզ համար: Խնդրում ենք մեզ տեղյակ պահել ձեր առաջնային լեզվի մասին, և մենք կստրամադրենք թարգմանիչ, որը կարող է ձեզ օգնել:
Bengali/ বাংলা	মনোযোগ দনি: আপনি যদি বাংলায় কথা বলেন তাহলে বিনামূল্যে আপনাভাষা সহায়তা সবো পতে পারেন। অনুগ্রহ করে আমাদের আপনার প্রাথমিক ভাষা জানান এবং আপনার যত্ন পরিচর্যায় সাহায্যের জন্য আমরা একজন অনুবাদকরে ব্যবস্থা করব।
Cape Verdean Creole/ Kriolu di Kabuverdi	ATENSON: Si bu ta papia Kriolu di Kabuverdi, nu ten sirbisu di asisténsia di língua di grasa pa bo. Pur favor, informa-nu bu língua maternu y nu to providensia un tradutor pa da-bu asisténsia ku bu konsulta ô tratamentu.
Chinese/ 中文	注意: 如果您说中文, 我们可为您提供免费的语言援助服务。请告知我们您的主要语言, 我们将提供译员帮助您处理您的护理相关事宜。 <i>Cantonese    Mandarin    Toisanese    Taiwanese/Fukienese</i> 廣東話   國語   台山話   台灣語/福建話
Dinka (Nilotic)/ Thuɔŋjäŋ	DETTIC: Na ye jam në Thuɔŋjäŋ (Dinka), ke kuɔ̃ny de kāk ke thok, abac, atō në yin. Cɔk wuɔk nyic thoŋ duɔ̃n yin jam ku bi naŋ raan wëër thok bi tō bi yin kuɔ̃ny në muɔ̃k du.
French/ Français	ATTENTION : Si vous parlez français, nous vous offrons nos services d'aide linguistique gratuits. Indiquez-nous quelle est votre langue de préférence et nous mettrons à votre disposition un interprète pour vous aider avec vos soins de santé.
French Creole (Haitian Creole) Kreyòl Ayisyen	ATANSYON: Si ou pale Kreyòl Ayisyen, w ap jwenn sèvis asistans nan lang ou pale a, gratis. Tanpri, fè nou konnen kisa lang natifnatal ou ye e n ap ba w yon entèprèt ki pou ede w avèk swen w.
German/ Deutsch	HINWEIS: Wenn Sie Deutsche sprechen, stehen Ihnen sprachliche Unterstützungsdienste kostenlos zur Verfügung. Bitte teilen Sie uns Ihre primäre Sprache mit, und wir halten einen Dolmetscher bereit, der sich Ihrer Sorgen/Bedenken annimmt.
Greek/ Ελληνικά	ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε Ελληνικά, σας παρέχουμε δωρεάν υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης. Ενημερώστε μας για να έχετε στη διάθεσή σας διερμηνέα στη γλώσσα σας.
Gujarati/ ગુજરાતી	ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો, ભાષા સહાય સેવાઓ, નિ:શુલ્ક, તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. કૃપા કરી અમને તમારી પ્રાથમિક ભાષા જણાવો અને અમે એક દુભાષિયો ઉપલબ્ધ કરાવીશું જે ચોકસાઈ રાખી તમારી સહાય કરશે.

Hebrew/ עברית	נא לשים לב: אם אתם מדברים עברית, תוכלו ליהנות משירותי עזרה לשוניים, המסופקים ללא תמורה. להודיע לנו מהי השפה העיקרית שלכם ואנחנו נספק לכם מתרגמן/ית לסייע לכם.
Hindi/ हिंदी	ध्यान दें: यदा आप हाँदी बोलते हैं, तो आपके लाँए भाषा सहायता सेवाँ, नाँ:शुल्क उपलब्ध हैं। कृपया हमँ अपनी प्राथमकि भाषा बताँँ और हम आपकी देखभाल में सहायता करने के लाँए एक दुभाषयिा उपलब्ध कराँँगे।
Hmong/ Hmoob	LUS TSHAJ TAWM: Yog koj hais lus Hmoob, cov kev pab cuam txhais lus, muaj pub dawb rau koj. Thov qhia koj thawj hom lus hais rau peb paub thiab peb yuav muaj ib tug kws pab txhais lus los pab nrog kev saib xyuas ko
Indonesian/ Bahasa Indonesia	PERHATIAN: Jika Anda berbahasa Indonesia, tersedia layanan bantuan bahasa bebas biaya. Harap beri tahukan bahasa utama Anda dan kami akan menyediakan juru bahasa yang akan membantu Anda.
Italian/ Italiano	ATTENZIONE: Se parli italiano, ti offriamo i nostri servizi gratuiti di assistenza linguistica. Dicci qual'è la tua lingua madre e metteremo a tua disposizione un interprete che ti aiuti con l'assistenza medica.
Japanese/ 日本語	重要: 日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用になれます。あなたの一次言語をお伝えください、ケアの際にお手伝いする通訳をご用意いたします。
Khmer, Cambodian/ ភាសាខ្មែរ	សម្គាល់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ ជំនួយផ្នែកភាសានឹងមានផ្តល់ជូនដល់អ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ សូមប្រាប់យើងអំពីភាសាទីចម្បងរបស់អ្នក ហើយយើងនឹងផ្តល់ជូនអ្នកបកប្រែភាសាម្នាក់ដើម្បីជួយដល់ការថែទាំរបស់អ្នក។
Korean/ 한국어	참고: 한국어 사용자의 경우 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 귀하의 주언어를 알려주시면 귀하의 케어 서비스에 대해 도움을 드릴 통역자를 마련하겠습니다.
Laotian/ ພາສາລາວ	ໝາຍເຫດ: ຖ້າ ທ່ານ ອາດ ຈາກ ພາສາລາວ, ທ່ານ ສາມາດ ໃຊ້ ການ ບໍລິ ການ ຊ່ວຍ ເຫຼືອ ຈຸດ ຈຳ ນວນ ພາສາ ໄດ ຍບ ັນ ເສຍ ຄ່າ. ກະ ລຸ ນາ ເຈ ັ້ງ ບ ອ ກ ພາ ສາ ຕ ັ້ງ ນ ຕ ັ ຂ ອ ງ ທ ັ້ງ ນ ແ ລ ະ ພ ອ ກ ເ ຈ ັ ຈ ັ ດ ຫ ັ ວ ັ ມ ແ ປ ພາ ສາ ເ ພ ັ້ ອ ມ ັ ຊ ັ ວ ຍ ທ ັ້ງ ນ ໃ ນ ກ ັ ນ ດ ຸ ແ ລ ະ ບ ັ້ ງ ແ ອ ງ ທ ັ້ງ ນ.
Nepali/ नेपाली	ध्यान दिनुहोस्: यदि तपाईं नेपाली भाषा बोल्नुहुन्छ भने, तपाईंको लागि भाषासम्बन्धी सहायता सेवा सितैँमा उपलब्ध छ। कृपया तपाईंको प्राथमिक भाषाबारे हामीलाई बताउनुहोस् अनि तपाईंको सेवा-उपचारमा सहायता पुऱ्याउन हामी तपाईंलाई एक दोभासे उपलब्ध गराउनेछौं।
Oromo (Cushite)/ oromiffaa	HUBADHAA: Yoo Afaan dubbattu itti galchi dubbata ta'e, tajaajilawwan gargaarsa faanii, kaffaltii irra bilisaa, siif kennamu. Afaan jalqabaa kee nu beeksisiitii ogeessa hiika afaanii kunuunsa kee irratti sigargaaru ni qopheessina.
Polish/ Język polski	UWAGA: dla użytkowników języka polskiego dostępna jest bezpłatna pomoc językowa. Proszę podać swój język ojczysty, abyśmy mogli zapewnić Państwu wsparcie tłumacza ustnego.
Portuguese/ Português	ATENÇÃO: se você fala português, os serviços de suporte ao idioma estão disponíveis gratuitamente para você. Informe-nos qual é o seu idioma e nós providenciaremos um intérprete disponível para ajudá-lo.

Rundi (Bantu)/ Ikirundi	MENYA NEZA: Niwaba uvuga Ikirundi, dutanga ubufasha mu bijanye n'ivy'indimi, kandi ku buntu. Tubwire ururimi kavukire rwawe hanyuma tukuronderere umusobanuzi w'indimi.
Russian/ Русский	ВНИМАНИЕ! Если вы говорите по-русски, то можете воспользоваться бесплатными услугами языковой поддержки. Сообщите, какой язык является для вас родным, и мы предоставим вам переводчика.
Serbo-Croatian/ Srpski/hrvatski	PAŽNJA: Ako govorite srpski/hrvatski, besplatno vam je dostupna usluga pomoći u vezi sa jezikom. Recite nam koji je vaš primarni jezik i obezbedićemo prevodioca koji će pomoći u vezi sa vašom negom.
Somali/ Soomaali	FIIRO GAAR AH: Haddii aad ku hadashid Soomaali, adeegyada caawinta luuqada, bilaash ah, waa lagu heli karaa adiga. Fadlan nasoo ogeysii luuqadaada koowaad oo waxaan heleynaa turjumaano badan oo la heli karo oo kugu caawiyaa daryeelkaaga.
Spanish/ Español	ATENCIÓN: Si usted habla español, tenemos servicios de asistencia lingüística gratuitos a su disposición. Déjenos saber cuál es su idioma nativo y le brindaremos un intérprete para asistirle con sus cuidados de salud.
Swahili/ Kiswahili	KUMBUKA: Ikiwa unazungumza Kiswahili, huduma za usaidizi wa lugha, bila malipo, zinapatikana kwa ajili yako. Tafadhali tujulishe lugha yako msingi na tutakupatia mkalimani atakayekusaidia katika mahitaji yako.
Tagalog/ Tagalog	PAUNAWA: Kung Tagalog ang inyong wika, may maaari kayong kuning mga libreng serbisyo ng tulong sa wika. Pakisabi sa amin kung ano ang pangunahin ninyong wika at maglalaan kami ng interpreter upang tumulong sa inyong pangangalaga.
Thai/ ภาษาไทย	โปรดทราบ: คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือด้านภาษาได้ฟรี หากคุณพูดภาษาไทย โปรดแจ้งภาษาหลักของคุณให้เราทราบและเราจะมีล่ามเพื่อช่วยเหลือในการดูแลของคุณ
Urdu/ اردو	توجہ دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں تو آپ کے لیے زبان میں مدد کی خدمات مفت دستیاب ہیں۔ براہ کرام ہمیں اپنی بنیادی زبان بتائیں اور ہم آپ کی نگہداشت میں مدد کرنے کے لیے کوئی ترجمان دستیاب کرائیں گے۔
Vietnamese/ Tiếng Việt	CHÚ Ý: Nếu quý vị nói Tiếng Việt, có sẵn các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Vui lòng cho chúng tôi biết ngôn ngữ chính của quý vị, chúng tôi sẽ cung cấp một thông dịch viên hỗ trợ dịch vụ chăm sóc của quý vị.