

Pemberitahuan Praktik Privasi dari Partners HealthCare (Perawatan Kesehatan Partners)



Informasi Anda. Hak Anda. Tanggung Jawab Kami.

Pemberitahuan ini menjabarkan bagaimana informasi kesehatan Anda dapat digunakan dan diungkapkan serta bagaimana Anda bisa mendapatkan akses untuk informasi ini.

Harap periksa kembali dengan saksama.

Kata “Partners” dalam Pemberitahuan ini menjelaskan praktik privasi dari Partners HealthCare System, Inc. dan entitas-entitas yang ditunjuk. Daftar organisasi Partners yang termasuk dalam Pemberitahuan ini dapat dilihat di situs web kami di www.partners.org/PatientPrivacyNotice.

Pemberitahuan ini juga berlaku untuk dokter-dokter pribadi yang merupakan staf medis dalam organisasi-organisasi ini jika mereka menemui Anda di lokasi Partners (mereka akan memberikan Pemberitahuan mereka sendiri kepada Anda jika mereka menemui Anda di kantor mereka sendiri).

Hak Anda

Sehubungan dengan informasi kesehatan Anda, Anda memiliki hak-hak tertentu. Bagian ini menjelaskan tentang hak-hak Anda dan beberapa tanggung jawab kami untuk membantu Anda.

Mendapatkan salinan elektronik atau kertas rekam medis Anda

- Anda dapat meminta atau mendapatkan salinan elektronik atau kertas rekam medis Anda serta informasi kesehatan Anda lainnya dari kami. Anda juga dapat meminta hasil tes Anda secara langsung dari laboratorium tempat tes Anda dilakukan. Tanya kami bagaimana melakukan ini.
- Kami akan memberikan salinan atau ringkasan informasi kesehatan Anda, biasanya dalam waktu 30 hari sejak permintaan. Kami mungkin mengenakan biaya kepada Anda dengan harga yang terjangkau.
- Jika permintaan Anda ditolak, kami akan menjelaskan alasannya, dan memberitahukan hak-hak Anda.

Meminta komunikasi yang bersifat rahasia

- Anda dapat meminta kami untuk menghubungi Anda dengan cara yang khusus (misalnya, dengan telepon rumah atau kantor) atau mengirim surat ke alamat yang berbeda. Kami akan mengatakan “ya” untuk semua permintaan yang masuk akal.

Meminta kami untuk membatasi apa yang kami gunakan atau bagikan	• Anda bisa meminta kami untuk tidak menggunakan atau membagikan (selain Partners) informasi kesehatan tertentu untuk perawatan, pembayaran, atau kegiatan operasi kami. ◦ Kami tidak berkewajiban menyetujui permintaan Anda, dan kami memiliki pilihan untuk mengatakan “tidak.” • Jika Anda membayar penuh suatu layanan atau fasilitas perawatan kesehatan dengan uang Anda sendiri, Anda berhak meminta kami untuk tidak membagikan informasi tersebut untuk tujuan pembayaran atau kegiatan operasi kami dengan asuransi kesehatan Anda.
Memilih seseorang untuk mewakili Anda	• Jika Anda tidak dapat membuat keputusan tentang perawatan kesehatan untuk Anda sendiri, dan telah memberikan surat kuasa pada orang lain atau jika orang tersebut adalah wali sah Anda, maka orang tersebut dapat menggunakan hak-hak Anda dan memilih informasi kesehatan Anda. • Kami akan memastikan orang tersebut memiliki otoritas ini dan bisa mewakili Anda sebelum kami memperbolehkan mereka membuat keputusan untuk Anda.
Mendapatkan daftar orang-orang yang kami bagikan informasi (selain Partners)	• Anda dapat meminta daftar (keuangan) semua periode saat kami membagikan informasi kesehatan Anda selama enam tahun sebelum tanggal Anda meminta laporan keuangan. Kami akan menjawab permintaan Anda dalam waktu 60 hari. • Kami akan memasukkan semua pengungkapan/pemberitahuan kecuali yang berhubungan dengan perawatan, pembayaran dan operasi perawatan kesehatan, dan pengungkapan lainnya (seperti apa saja yang Anda minta pada kami). Kami akan memberikan satu laporan keuangan setiap tahun secara gratis tetapi akan dikenakan biaya yang terjangkau jika Anda meminta lagi dalam 12 bulan.
Mendapatkan salinan Pemberitahuan Privasi ini	• Anda dapat meminta salinan kertas Pemberitahuan ini kapan saja, meskipun Anda telah setuju untuk menerima Pemberitahuan ini secara elektronik. Kami akan memberikan salinan itu dengan cepat. • Anda dapat meminta kepada kami untuk memperbaiki informasi kesehatan atau tagihan yang Anda anggap tidak benar atau tidak lengkap. Tanya kami bagaimana melakukan ini.
Meminta kami untuk memperbaiki rekam medis Anda	• Kami dapat mengatakan “tidak” untuk permintaan Anda, misalnya, jika penyedia kesehatan Anda merasa bahwa informasi dalam rekam medis Anda saat ini sudah lengkap dan akurat. Jika kami menolak permintaan Anda, kami akan memberi tahu Anda alasannya dalam 60 hari. • Jika kami mengabaikan permintaan Anda, kami akan meminta Anda untuk memberikan kepada kami nama orang-orang yang Anda inginkan untuk menerima informasi yang sudah diperbaiki.
Menyampaikan pengaduan jika Anda merasa hak privasi Anda dilanggar	• Anda dapat menyampaikan keluhan jika Anda merasa kami telah melanggar hak privasi Anda dengan menghubungi Kantor Privasi Perawatan Kesehatan Partners melalui nomor layanan kepedulian Partners di 1-800-856-1983 atau www.partners.org/complianceline. • Anda dapat menyampaikan pengaduan pada Departemen Kesehatan dan Layanan Kemanusiaan, Dinas untuk Hak-Hak Sipil Amerika Serikat dengan mengirimkan surat ke Gedung Federal J.F. Kennedy – Ruang 1875, Boston, MA 02203, dengan menghubungi 800-368-1019, 800-537-7697 (TDD), atau kunjungi www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/. • Kami tidak akan menuntut Anda kembali atas pengaduan yang Anda buat.

Pilihan Anda

Untuk informasi kesehatan tertentu, Anda dapat memberitahukan kepada kami pilihan Anda tentang apa yang kami bagikan. Jika Anda memiliki suatu preferensi yang jelas tentang bagaimana kami membagikan informasi Anda dalam situasi yang dijelaskan di bawah, bicaralah pada kami. Beri tahu kami apa yang harus kami lakukan, dan kami akan mengikuti petunjuk Anda. Kami akan memperlakukan Anda dengan sama tidak peduli pilihan apa yang Anda buat.

Pada kasus-kasus ini, Anda memiliki hak dan pilihan untuk memberitahukan kepada kami untuk:

- Membagi informasi dengan keluarga, teman dekat Anda, atau orang lain yang berhubungan dengan perawatan Anda.
- Membagi informasi tentang situasi pemulihan bencana.
- Memasukkan informasi Anda dalam direktori rumah sakit (tempat informasi). Jika Anda dirawat di rumah sakit, maka nama, lokasi kamar, kondisi umum, dan agama Anda mungkin tercantum dalam direktori rumah sakit itu. Informasi ini akan dibagikan dengan anggota keluarga Anda, teman-teman Anda, anggota gereja, serta siapa saja yang menanyakan nama Anda. Anda bisa meminta agar nama Anda dihilangkan pada daftar direktori.
- Kami boleh menggunakan informasi Anda untuk mengumpulkan dana untuk sistem Partners dan misi keunggulannya, tetapi Anda bisa memberitahukan kepada kami untuk tidak menghubungi Anda lagi. Informasi yang mungkin kami gunakan adalah sebatas informasi demografis atau informasi lainnya yang diperbolehkan oleh Undang-undang (seperti nama, alamat, informasi nomor telepon atau email, umur, tanggal lahir, jenis kelamin, status asuransi kesehatan, tanggal layanan, informasi departemen layanan, informasi dokter yang merawat, atau informasi hasil).

Jika Anda tidak dapat memberitahukan kepada kami preferensi Anda, misalnya, jika Anda dalam keadaan tidak sadar, kami mungkin melanjutkan dan membagikan informasi Anda jika kami yakin ini untuk kepentingan Anda. Kami juga mungkin membagikan informasi Anda jika diperlukan untuk memperkecil sebuah ancaman yang serius dan yang akan terjadi terhadap kesehatan dan keselamatan Anda.

Pada kasus-kasus ini kami tidak pernah membagikan informasi Anda kecuali Anda memberikan kami pernyataan tertulis:

- Tujuan Pemasaran.
- Penjualan informasi Anda.

Penggunaan dan Pengungkapan Kami

Bagaimana kami secara khusus menggunakan atau membagikan informasi kesehatan Anda?

Partners telah mengembangkan rekam medis elektronik bersama untuk perawatan pasien yang digunakan oleh:

- Partners, termasuk organisasi anggotanya (misalnya: rumah sakit, praktik pasien rawat jalan) dan penyedia perawatan kesehatan, serta
- Penyedia **non-Partners** lainnya, seperti Dana-Farber Cancer Institute (DFCI), dan dokter umum dan kelompok dokter tertentu.

Partners berpartisipasi dalam pertukaran informasi kesehatan (HIEs), termasuk Massachusetts Health Information Highway (Mass HIway). Partners menggunakan HIEs sebagai suatu metode/cara untuk membagikan, meminta, dan menerima informasi kesehatan elektronik dengan organisasi layanan kesehatan lainnya. Jika ada pertanyaan, atau jika Anda ingin memilih dalam membagikan informasi Anda dengan menggunakan Mass HIway, hubungi Kantor Privasi Partners melalui Nomor Layanan Kepedulian Partners di 1-800-856-1983 atau www.partners.org/complianceline.

Kami secara khusus menggunakan atau membagikan informasi kesehatan Anda dengan cara berikut:

**Memperlakukan
Anda**

- Kami dapat menggunakan informasi kesehatan Anda dan membagikannya dengan profesional lainnya yang merawat Anda baik di dalam maupun di luar Partners.

Contoh: *Spesialis Anda mungkin membahas kondisi dan perawatan Anda dengan Dokter Perawatan Primer Anda.*

**Menjalankan
organisasi kami**

- Kami dapat menggunakan dan membagikan informasi kesehatan Anda untuk menjalankan rumah sakit atau praktik dokter kami, meningkatkan perawatan Anda, dan menghubungi Anda bila perlu.

Contoh: *Kami menggunakan informasi kesehatan Anda untuk mengawasi kualitas perawatan dan mengajarkan kepada profesional perawatan kesehatan.*

**Membuat
tagihan untuk
layanan Anda**

- Kami dapat menggunakan dan membagikan informasi kesehatan Anda untuk membuat tagihan dan mendapatkan pembayaran dari asuransi kesehatan atau entitas lainnya.

Contoh: *Kami memberikan informasi tentang Anda kepada rencana asuransi kesehatan Anda sehingga asuransi dapat membayar layanan Anda.*

**Menghubungi
Anda**

Partners mungkin menggunakan informasi kesehatan Anda untuk menghubungi Anda:

- Pada alamat dan nomor telepon yang Anda berikan kepada kami termasuk meninggalkan pesan pada nomor telepon.
- Dengan informasi tentang masalah perawatan pasien, pilihan perawatan, dan petunjuk perawatan tindak lanjut.
- Dengan informasi yang mungkin sesuai dengan kepentingan Anda yang menjabarkan produk kesehatan atau layanan yang diberikan oleh Partners.
- Pada alamat e-mail atau informasi kontak lainnya yang Anda berikan untuk membantu kami dalam kegiatan yang dijelaskan dalam Pemberitahuan ini.

Contoh: *Kami mungkin menghubungi Anda tentang janji yang sudah dijadwalkan atau dibatalkan, pembaruan pendaftaran/asuransi, masalah tagihan atau pembayaran, penilaian sebelum prosedur, survei kepuasan, atau hasil tes.*

Bagaimana lagi kami dapat menggunakan atau membagikan informasi kesehatan Anda? Kami diperbolehkan atau diminta untuk membagikan informasi kesehatan Anda tanpa pengesahan Anda dengan cara lain – biasanya dengan cara yang berkontribusi untuk kepentingan publik, seperti penelitian publik. Kami harus mematuhi persyaratan dalam undang-undang sebelum kami bisa membagikan informasi kesehatan Anda untuk tujuan-tujuan ini. Berikut contoh-contoh bagaimana kami bisa membagikan informasi tanpa pengesahan Anda:

Membantu masalah kesehatan dan keselamatan masyarakat	Kami dapat membagikan informasi kesehatan Anda untuk situasi-situasi tertentu seperti: • Mencegah penyakit. • Membantu penarikan produk. • Melaporkan reaksi yang merugikan dari obat-obatan. • Melaporkan tersangka penyalahgunaan, kelalaian, atau kekerasan dalam rumah tangga. • Mencegah atau mengurangi ancaman yang serius terhadap kesehatan atau keselamatan seseorang.
Melakukan penelitian	• Kami dapat membagikan informasi kesehatan Anda untuk penelitian yang disetujui oleh Komite Penelitian Partners atau yang ditunjuk jika pernyataan tertulis tidak dibutuhkan oleh hukum federal atau negara bagian. Hal ini juga meliputi persiapan untuk penelitian atau pemberitahuan kepada Anda tentang studi penelitian yang sesuai kepentingan Anda.
Tunduk pada undang-undang	• Kami akan membagikan informasi Anda jika undang-undang negara bagian atau federal membutuhkannya, termasuk dengan Departemen Kesehatan dan Layanan Kemanusiaan jika mereka ingin mengetahui bahwa kami tunduk dengan undang-undang privasi federal.
Menjawab permintaan donasi organ dan jaringan	• Kami dapat membagikan informasi kesehatan Anda dengan organisasi pengadaan organ.
Bekerja sama dengan pemeriksa medis atau direktur pemakaman	• Kami dapat membagikan informasi kesehatan Anda dengan seorang koroner, pemeriksa medis, atau direktur pemakaman ketika ada orang yang meninggal dunia.
Menyampaikan kompensasi para pekerja, penegakan hukum, dan permintaan pemerintahan lainnya	• Kami dapat menggunakan dan membagikan informasi kesehatan Anda: • Untuk klaim kompensasi pekerja. • Untuk tujuan penegakan hukum dalam situasi tertentu seperti melaporkan seseorang yang menjadi korban kejahatan. • Bersama badan pengawas kesehatan untuk kegiatan yang disahkan oleh undang-undang. • Untuk fungsi pemerintahan khusus seperti militer, keamanan nasional, dan dinas perlindungan presiden.
Menanggapi gugatan hukum dan tindakan hukum	• Kami dapat membagikan informasi kesehatan Anda sebagai tanggapan atas keputusan pengadilan atau administratif, atau tanggapan atas surat panggilan.

Untuk informasi lebih lanjut, lihat:

<https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/index.html>.

Kapan kami membutuhkan pernyataan tertulis Anda sebelum membagikan informasi kesehatan Anda?

Kami tidak akan membagikan informasi kesehatan Anda untuk tujuan lain yang tidak tercantum dalam Pemberitahuan ini kecuali Anda memberikan pernyataan tertulis. Kami juga dilarang oleh undang-undang negara bagian atau undang-undang federal lainnya untuk membagikan informasi tanpa pernyataan tertulis Anda perihal jenis informasi kesehatan tertentu yang sangat sensitif.

Pada umumnya, kami akan meminta persetujuan Anda sebelum membagikan informasi tertentu yang sensitif seperti:

- Rekaman perawatan yang diterima dari program gangguan penggunaan zat yang dibiayai oleh pemerintah federal.
- Dokumentasi psikoterapi khusus.
- Tes HIV atau hasil tes.
- Informasi genetik.
- Komunikasi yang bersifat rahasia dengan Pekerja Sosial Berlisensi.
- Rekaman dari Penasihat Korban Kekerasan Rumah Tangga atau Penasihat Pelecehan Seksual.

Hukum yang melindungi informasi ini mempunyai banyak pengecualian. Contohnya, kami mungkin membagikan informasi kesehatan Anda tanpa persetujuan Anda jika diperlukan untuk melaporkan tersangka pelecehan atau pengabaian anak atau orang tua, dan untuk tujuan lain yang diizinkan oleh undang-undang.

Anda boleh membatalkan pengesahan atau persetujuan setiap saat secara tertulis atau, dalam situasi tertentu, secara lisan, kecuali jika kami sudah memercayainya. Sebagai contoh, jika kami sudah membagikan informasi kesehatan Anda kepada orang yang sebelumnya Anda berikan pernyataan tertulis, kami tidak bisa mendapatkannya kembali.

Tanggung Jawab Kami

- Kami berkewajiban secara hukum untuk menjaga privasi dan keamanan informasi kesehatan Anda yang terlindungi.
- Kami akan segera memberitahukan kepada Anda jika terjadi pelanggaran yang mungkin telah membahayakan privasi dan keamanan informasi Anda.
- Kami wajib mengikuti semua tanggung jawab dan praktik privasi yang tercantum dalam Pemberitahuan ini dan memberikan Anda salinannya.
- Kami tidak akan menggunakan atau membagikan informasi selain dari yang tercantum di sini kecuali Anda memberi tahu kami secara tertulis. Jika Anda menyatakan bahwa kami bisa, Anda dapat mengubah pikiran Anda setiap saat. Beri tahu kami secara tertulis jika Anda berubah pikiran.
- Partners menyimpan rekam medis rumah sakit selama kurang lebih 20 tahun setelah Anda keluar dari rumah sakit atau setelah perawatan Anda yang terakhir; rekaman lainnya disimpan sesuai dengan peraturan negara bagian dan federal. Salinan dari Partners Retention Guideline (Petunjuk Penyimpanan Partners) untuk Catatan Klinis tersedia sesuai permintaan.

Untuk informasi lebih lanjut, lihat:

<https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/notice-privacy-practices/index.html>.

Perubahan Ketentuan Pemberitahuan Ini

Kami dapat mengubah persyaratan Pemberitahuan ini, dan perubahan tersebut akan berlaku untuk semua informasi Anda yang kami miliki. Pemberitahuan yang baru akan tersedia berdasarkan permintaan di tempat-tempat pendaftaran, di situs web kami di www.partners.org/PatientPrivacyNotice, atau Anda dapat meminta salinannya dengan menghubungi Kantor Privasi Partners melalui Nomor Layanan Kepedulian Partners di 1-800-856-1983 atau www.partners.org/complianceline.

MASA BERLAKU PERMBERITAHUAN INI

Pemberitahuan ini berlaku mulai tanggal 1 Januari, 2019.

Pemberitahuan Yang Menjelaskan Kepada Individu Tentang Ketentuan Nondiskriminasi dan Aksesibilitas serta Pernyataan Nondiskriminasi: Diskriminasi Bertentangan Dengan Undang-Undang

Partners HealthCare (Perawatan Kesehatan dari Partners) tunduk pada hukum hak-hak sipil yang berlaku dan tidak melakukan diskriminasi terhadap ras, warna kulit, asal usul, kewarganegaraan, alienasi, agama, kepercayaan, seks, orientasi seksual, identitas jenis kelamin, usia, atau disabilitas. Partners HealthCare (Perawatan Kesehatan Dari Partners) tidak mengecualikan orang-orang atau memperlakukan mereka secara berbeda karena ras, warna kulit, asal usul, kewarganegaraan, alienasi, agama, kepercayaan, seks, orientasi seksual, identitas jenis kelamin, usia, atau disabilitas.

Anggota Partners HealthCare:

- Memberikan layanan dan bantuan secara gratis kepada orang-orang disabilitas untuk berkomunikasi secara efektif dengan kami, seperti:
 - Juru bahasa Bahasa Isyarat Yang Berpengalaman
 - Informasi tertulis dalam format lain (huruf cetak besar, audio, format elektronik yang dapat diakses, format lainnya)
- Memberikan layanan bahasa secara gratis untuk orang-orang yang bahasa utamanya bukan Bahasa Inggris, seperti:
 - Juru bahasa Yang Berpengalaman
 - Informasi tertulis dalam bahasa lainnya

Jika Anda membutuhkan layanan-layanan ini, hubungi Koordinator Hak-Hak Sipil untuk lokasi yang ditunjuk (lihat daftarnya di www.partners.org/CivilRightsCoordinators).

Jika Anda menganggap entitas Partners telah gagal memberikan layanan-layanan ini atau melakukan diskriminasi dengan cara yang lain terhadap ras, warna kulit, asal-usul, kewarganegaraan, alienasi, agama, kepercayaan, seks, orientasi seksual, identitas jenis kelamin, usia, atau cacat, Anda dapat melaporkan keluhan secara langsung atau melalui surat atau fax, dengan menggunakan informasi yang ada di www.partners.org/Notices/Nondiscrimination-Statement.aspx. Jika Anda membutuhkan bantuan untuk melaporkan keluhan, Site Civil Rights Coordinator (Koordinator Hak-Hak Sipil di Lokasi) siap membantu Anda, atau Anda dapat menghubungi Nomor Layanan Kepedulian Partners di 1-800-856-1983 atau www.partners.org/complianceline.

Anda juga dapat melaporkan pengaduan hak-hak sipil kepada U.S. Department of Health and Human Services (Departemen Kesehatan dan Layanan Kemanusiaan Amerika Serikat), Office for Civil Rights (OCR) (Dinas Hak-Hak Sipil), secara elektronik melalui Office for Civil Rights Complaint Portal (Portal Pengaduan Dinas Hak-Hak Sipil), yang tersedia di <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>, atau melalui surat atau telepon ke:

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

Atau hubungi Kantor Regional OCR New England:

Office for Civil Rights (Dinas Hak-Hak Sipil)
U.S. Department of Health and Human Services (Departemen Kesehatan dan Layanan Kemanusiaan Amerika Serikat)
Government Center (Pusat Pemerintahan)
J.F. Kennedy Federal Building - Room 1875 Boston,
MA 02203
800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Formulir pengaduan tersedia di:

<https://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 وتقدم لكم مجاناً. يرجى اطلعنا على لغتك الأساسية وسنقوم بتوفير مترجم لمساعدتك في أثناء تلقيكم للرعاية.
Armenian/ հայերեն	ՈՒՇՄԱՐԴՈՒԹՅՈՒՆ՝ 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: আপন যদি বাংলায় কথা বলেন তাহলে বিনামূল্যে আপন ভাষা সহায়তা সবো পতে পারেন। অনুগ্রহ করে আমাদের আপনার প্রাথমিক ভাষা জানান এবং আপনার যত্ন পরিচর্যা 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 assisténsia di língua di grasa pa bo. Pur favor, informa-nu bu língua maternu y nu to providensia un tradutor pa da-bu assisténsia 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。 Cantonese Mandarin Toisanese Taiwanese/Fukienese 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. נא להודיע לנו מהי השפה העיקרית שלכם ואנחנו נספק לכם מתורגמן/ית לסייע לכם.
Hindi/ हिंदी	ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लीए भाषा सहायता सेवाएँ, नॉ:शुल्क उपलब्ध हैं। कृपया हमें अपनी प्राथमिक भाषा बताएँ और हम आपकी देखभाल में सहायता करने के लिए एक दुभाषिया उपलब्ध कराएँगे।
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 주 언어를 알려주시면 귀하의 케어 서비스에 대해 도움을 드릴 통역자를 마련하겠습니다.
Laotian/ ພາສາລາວ	ໝາຍເຫດ: ຖ້າ ທ່ານ ເປັນພາສາລາວ, ທ່ານສາມາດໃຊ້ ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອ ອັດຕະໂນພາສາໄດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ກະລຸນາແຈ້ງບອກພາສາຕົວຕ່ຳຂອງທ່ານ ແລະ ພວກເຮົາຈະຈັດຫາ ນັກແປພາສາເພື່ອມາຊ່ວຍທ່ານໃນການດູແລບໍລິເວນຂອງທ່ານ.
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 โปรดแจ้งภาษาหลักของคุณให้เราทราบและเราจะมีล่ามเพื่อช่วยเหลือในการดูแล ของคุณ
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.