



Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha de hoy _____

Consentimiento para fotografía

Doy mi consentimiento para permitir la fotografía de mí mismo con fines de identificación y con el fin de mejorar mi documentación de atención médica (es decir, heridas, lesiones, etc.).

Firma aquí

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO

Autorizo por este medio, Minidoka Medical Center, y cualquier asistente o asociado que pueda ser designado, a realizar atención médica y hospitalaria al paciente mencionado anteriormente

Firma aquí

Fecha de hoy

Prácticas de Privacidad / Discriminación

He recibido/o rechazado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad, y se me ha brindado la oportunidad de revisar este documento completo. Minidoka Memorial Hospital and Medical Center no discriminará a un paciente por su raza, color, origen nacional, religión, capacidad de pago o porque un paciente esté cubierto por un programa como Medicaid o Medicare. Si siente que es víctima de discriminación, tiene derecho a presentar una queja por escrito ante el Oficial de Cumplimiento. Los formularios están disponibles en la oficina comercial

Firma aquí

Consentimiento para el uso de contestador automático, mensajes de texto y / o correo de voz / correo electrónico

Doy permiso y consentimiento a Minidoka Medical Clinic y sus agentes, cesionarios y contratistas (que pueden incluir cobradores de deudas de terceros para obligaciones vencidas): (1) para que se comuniquen conmigo por teléfono a cualquier número asociado conmigo, ya sea que lo proporcione yo. u obtenido por sí solo; (2) dejarme mensajes e incluir en dichos mensajes las cantidades adeudadas por mí; (3) para enviarme mensajes de texto o correos electrónicos utilizando cualquier dirección de correo electrónico o número de teléfono asociado conmigo, ya sea que lo haya proporcionado yo o que lo haya obtenido por sí mismo; y (4) usar mensajes de voz pregrabados / artificiales y / o un sistema de marcación telefónica automatizada (un marcador automático) según lo define la Ley de Protección al Consumidor Telefónico en relación con cualquier comunicación que se me envíe según lo dispuesto en este documento o cualquier servicio programado relacionado y mi cuenta. Además, acepto proporcionar información de contacto actualizada en un esfuerzo por evitar divulgaciones no intencionales de mi información y acepto y reconozco que Minidoka Medical Clinic y sus agentes, cesionarios y contratistas (que pueden incluir cobradores de deudas de terceros para obligaciones vencidas) tratarán cualquier dirección de correo electrónico o número de teléfono obtenido como mi correo electrónico privado o número de teléfono al que no pueden acceder terceros no autorizados. Entiendo que estas comunicaciones pueden resultar en cargos para mí por parte de mi proveedor de servicios móviles y no están encriptadas. Entiendo que se harán intentos de comunicación con mi teléfono celular durante las horas de llamada permitidas según la zona horaria afiliada al número de teléfono celular proporcionado, a menos que se notifique lo contrario. Entiendo que mi rechazo a proporcionar la información descrita en este párrafo no afectará, directa o indirectamente, mi derecho a recibir servicios de atención médica.

Firma del Paciente/Representante del paciente

Fecha de hoy

Personas que pueden llamar y recibir su información médica:

Nombre:

Relación:

Teléfono:



Nombre del Niño _____ Fecha de nacimiento _____
(Child's Name) (Child's Date of Birth)

Edad actual _____
(Current age)

¿Cuál es el sexo del niño? Hembra Macho
(What is the child's sex?) Female Male

Es su hijo adoptado? No Si (Yes) Si su respuesta es afirmativa, ¿a qué edad? _____
Is your child adopted? (If yes, at what age?)

Los padres del niño/a son los siguientes: (The child's parents are)
Sola/o (Single) Casado (Married) Divorciado (Divorced) Separada pero no divorciado
(Separated but not divorced)
Viudo/a (Widowed) Viviendo juntos pero que no están casadas (Living together but not married)

Enumere los principales problemas de salud de su hijo/a (o las razones por las que visita la clínica).
(List your child's main health problems (or reasons for visiting the clinic).)

Chequeo de rutina - (Routine checkup)
Inmunizaciones (vacunas) – (Immunizations (shots))
Un problema de salud (por favor, especifique – (A health problem (please specify) _____
Cambio de médico (último médico) – (Switching doctors (last doctor) _____

¿Qué tan bien cree que actúa o se comporta su hijo? (How well do you feel your child acts or behaves?)
Malo/a (Poor) Justo (Fair) Bien (Good) Muy Bien (Very Good) Excelente (Excellent)

¿Alguna vez su hijo ha sido paciente en un hospital (por favor incluya cirugías)?
(Has your child ever been a patient in a hospital (please include surgeries)?

No
Sí (En caso afirmativo, explique por qué y cuándo a continuación) - (Yes (If yes, explain why and when below.)

<u>Mi hijo/a estaba en el hospital porque: (My child was in the hospital because:)</u>	<u>Cuando (When)</u>

¿Está su hija/o tomando algún medicamento recetado? (Is your child taking any prescription medicines?)

Sí. Enumere los medicamentos del niño/a a continuación - (Yes - Please list the child's medicines below)
Traje las medicinas de mi hijo/a. (I brought my child's medicines.)
No, mi hijo/a no se toma ningún medicamento recetado. (No. My child does not take any prescription medicines.)

Nombre del medicamento (Name of Medicine)	Dosis (Dosage)	¿Cuántas pastillas o dosis toma su hijo en? (How many pills or doses does your child take at)
		___Mañana(morning) ___tarde(noon) ___cena(dinner) ___hora de acostarse (bed)
		___Mañana(morning) ___tarde(noon) ___cena(dinner) ___hora de acostarse (bed)

Qué farmacia usas para tu hijo/a? (What pharmacy do you use for your child?)

Nombre: Fecha de nacimiento: Fecha de hoy **¿Qué medicamentos de venta libre toma regularmente su hijo/a?
(What over-the-counter medicines, does your child take regularly?)**

Vitaminas (Vitamins)

Hierbas medicinales (por favor enumere) – (Herbal medicine (please list)) _____

Otro (por favor enumere) – (Other (please list)) _____

Ninguno. Mi hijo/a no se toma ninguno los medicamentos de venta libre con regularidad. (None. My child does not take any over-the-counter medicines regularly.)

**¿Su hijo/a tiene alguna reacción alérgica (efecto negativo) a alguno de los siguientes? (Marque todo lo que corresponda.)
(Does your child have any allergic reaction (bad effect) from any of the following? (Check all that apply.))**

Alergias en ambientes interiores o exteriores (por ejemplo: pasto, polen, gatos ...) - (Outside or Indoor allergies (for example: grass, pollen, cats ...))

Alergias alimentarias (por ejemplo: cacahuates, leche, trigo...) - (Food Allergies (for example: peanuts, milk, wheat))

Medicamentos o inyecciones (inmunización). (Por favor enumere a continuación.) – (Medicine or shots (immunization). (Please list below.))

No, mi hijo/a no tiene alergias que yo sepa. (No, my child has no allergies that I know of.)

Medicina que el niño/a es alérgico/a a (Medicine child is allergic to)	Qué sucedió cuando su hijo tomó el medicamento? (What happened when your child took the medicine?)

**Enumere los proveedores médicos anteriores que su hijo/a ha visto
(Please list the previous Medical Providers your child has seen)** _____**Marque cualquiera de los siguientes problemas médicos que su hijo haya tenido alguna vez
(Please check any of the following medical problems that your child has ever had.)**

Infecciones de oído (Ear infections)	Si (Yes) No
Problemas de la Nariz (infecciones de los senos nasales, hemorragias nasales) (sinus infections, nose bleeds)	Si (Yes) No
Problemas de los Ojos (visión borrosa, usa anteojos) (Eye problems; blurry vision, wears glasses)	Si (Yes) No
Problemas de la Audición (Hearing problems)	Si (Yes) No
Problemas en la boca o la garganta (faringitis estreptocócica, problemas para tragar) (Mouth or throat problems (Strep throat, swallowing problems))	Si (Yes) No
Diarrea (tener evacuaciones intestinales frecuentes y líquidas) (Diarrhea; having frequent and runny bowel movements)	Si (Yes) No



Estreñimiento (problemas para defecar) (Constipation) (problems having a bowel movement)	Si (Yes) No
Problemas de Vómitos (Vomiting)	Si (Yes) No
Problemas para Orinar (orinarse en la cama, dolor al orinar) (Problems urinating; bed wetting, pain when urinating)	Si (Yes) No
Problemas de espalda (espalda torcida, dolor de espalda) (Back problems; crooked back, back pain)	Si (Yes) No

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ de
Fecha _____ hoy _____

Dolores de crecimiento (dolores en los huesos o en el cuerpo debido al crecimiento) (Growing pains) (bone or body pains due to growing)	Si (Yes) No
Problemas de los Músculos y Huesos (debilidad muscular, dolor en las articulaciones) (Muscle and bone problems) (weak muscles, pain in joints)	Si (Yes) No
Problemas en la Piel (acné, piel escamada, erupciones cutáneas, urticaria) (Skin problems) (acne, flaking skin, rashes, hives)	Si (Yes) No
Convulsiones (Seizures)	Si (Yes) No
Trastorno por déficit de atención/trastorno por déficit de atención e hiperactividad (problemas para prestar atención, sentado quieto) (ADD/ADHD) (problems paying attention, sitting still)	Si (Yes) No
Problemas para Dormir (conciliar el sueño o permanecer dormido) (Sleeping problems) (falling or staying asleep)	Si (Yes) No
Problemas con la Respiración (tos, asma) (Breathing problems) (cough, asthma)	Si (Yes) No
Verrugas (Warts)	Si (Yes) No
Ictericia (piel amarilla) (Jaundice) (yellow skin)	Si (Yes) No

¿Ha recibido su hijo/a inmunizaciones (vacunas) en el pasado?

(Has your child received immunizations (shots) in the past?)

Si (Yes)

No

¿Alguien en el hogar fuma?

(Does anyone in the household smoke?)

Si (Yes)

No

Las siguientes preguntas son sobre la madre del niño durante el embarazo y el parto.

(The following questions are about the mother of the child during pregnancy and birth.)



¿Se utilizó alguno de los siguientes durante el embarazo?

(Were any of the following used during pregnancy?)

Cigarrillos (Cigarettes)

Alcohol (Alcohol)

Drogas ilegales (Illegal drugs) ¿cuáles? (which ones?) _____

Medicamentos con receta (Prescription drugs) ¿cuáles? (which ones?) _____

Ninguno de los anteriores (None of the above)

¿Tuvo la madre alguna de las siguientes condiciones o problemas durante el embarazo?

(Did the mother have any of the following conditions or problems during pregnancy?)

Preeclampsia (presión arterial alta) – (Preeclampsia (high blood pressure) Diabetes (azúcar)- (Diabetes (sugar)

Estrés emocional (Emotional stress) Enfermedad grave o lesión (Injury or serious illness)

Sangrado o manchado inesperado (Unexpected bleeding or spotting) Otros (Other) _____

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **de hoy** _____

Fecha

Fue el nacimiento: (Was the birth:)

En la fecha de vencimiento (On the due date)

Antes de la fecha de vencimiento (por cuánto)? – (Before the due date (by how much) _____

Después de la fecha de vencimiento (por cuánto)? – (After the due date (by how much) _____

Fue el nacimiento: (Was the birth:)

Vaginal (Vaginal)

Cesárea (C-Section)

¿Se utilizó alguno de los siguientes? (Were any of the following used?)

Medicamentos para el dolor durante el parto (epidural) – (Pain medicine during birth (epidural)

Herramienta para ayudar a sacar a la bebé (fórceps o aspiradora) – (Tool to help pull baby out (forceps or vacuum)

Ninguno (None)

¿Hubo algún problema durante el parto?

(Were there any problems during the birth?)

Si (Yes) No

En caso afirmativo, explíquelo por favor: (If yes, please explain:) _____

Fue/es el niño/a amamantado/a?

(Was/is the child breastfed?) Si (Yes) No Si es sí, cuánto tiempo (If yes, how long) _____

En los primeros 2 meses después del nacimiento, ¿tuvo la niña/o:

(In the first 2 months after birth, did the child have:)

Ictericia (piel amarilla) – (Jaundice (yellow skin)

Cólicos (malestar estomacal, llorando) – (Colic (upset stomach, crying)

Problemas respiratorios – (Breathing problems)

Otros (Other) _____

Ninguno de los anteriores (None of the above)

A partir de qué edad el niño comienza a gatear? _____

(At what age did the child begin to crawl?)



A partir de qué edad el niño comienza a sentarse? _____

(At what age did the child begin to sit up?)

A partir de qué edad el niño comienza a caminar? _____

(At what age did the child begin to walk?)

A partir de qué edad el niño/a obtiene su primer diente? _____

(At what age did the child get his/her first tooth?)

A partir de qué edad el niño empezó a decir palabras (mamá, papá)? _____

(At what age did the child began to say words (mama, dada)?)

Cómo calificaría usted la salud de su hijo en su primer año de vida?

(How would you rate your child's health in his or her first year of life?)

Excelente (Excellent) Muy Bien (Very Good) Bien (Good) Justo (Fair) Mala/o (Poor)

El niño/a va a la escuela o guardería?

Does the child go to school or daycare? Si (Yes) No (En caso afirmativo, ¿cuál es su nombre? (If yes, what is its name?))

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha de hoy: _____

Si su hijo/a va a la escuela o guardería, describir la forma en que su hijo actúa en la escuela o guardería.
(If your child goes to school or daycare, describe how your child acts in school or daycare.)

Marque todo lo que corresponda.
(Check all that apply)

Nerviosa, preocupada/o (Nervous, worried) Tímida/o, retirada/o, se mantiene a sí misma/o (Shy, withdrawn, keeps to self)
Hiper, inquieta/o, no puede quedarse quieta/o (Hyper, restless, can't sit still) Se enoja fácilmente (Gets angry easily)
Avasallar a otros niños (Pushy, bullies others) Miedo (Scared, fearful)
Relajado, tranquilo (Relaxed, calm) De humor cambiante (Moody)
Social, amable (Social, friendly) Feliz, contento/a (Happy)

¿Cómo se encuentran los grados del niño en la escuela?
(How are your child's grades in school?)

Excelente (Excellent) OK Malos (Poor) No van a la escuela (Does not go to school)

¿Aproximadamente cuánto ejercicio hace su hijo/a todos los días?
(About how much exercise does your child get every day?)

Menos de 30 minutos (Less than 30 minutes) 30 minutos a 1 hora (30 minutes to 1 hour) Más de 1 hora (Over 1 hour)

¿Aproximadamente cuántas horas de televisión ve su hijo/a todos los días?
(About how many hours of TV does your child watch every day?)

Menos de 1 hora (Less than 1 hour) 1-3 horas (1-3 hours) Más de 3 horas (More than 3 hours)

¿Aproximadamente cuántas horas está su hijo/a en una computadora todos los días?
(About how many hours is your child on a computer every day?)

Menos de 1 hora (Less than 1 hour) 1 - 3 horas (1-3 hours) Más de 3 horas (More than 3 hours)

¿Aproximadamente cuántas horas pasa su hijo/a al aire libre todos los días?
(About how many hours does your child spend outside every day?)



Menos de 1 hora (Less than 1 hour)

1-3 horas (1 -3 hours)

Más de 3 horas (More than 3 hours)

¿Aproximadamente cuántas horas se pasan leyendo con su hijo/a todos los días?

About how many hours are spent reading with your child every day?

Menos de 15 minutos (Less than 15 minutes) 15-30 minutos (15-30 minutes) 30 minutos a 1 hora (30 minutes to 1 hour) Más de 1 hora (More than 1 hour)

¿Usa su hijo/a un casco cuando anda en bicicleta, patinar, anda en monopatín, etc.?

(Does your child wear a helmet when riding a bike, roller blading, skate boarding, etc?)

Si (Yes) No

¿Su hijo/a se abrocha en el asiento del automóvil o usa el cinturón de seguridad cuando viaja en un automóvil?

Si (Yes) No

(Does your child get buckled in a car seat or wear a seat belt when riding in a car?)

¿Tiene armas en casa? (Do you have guns in the home?) Si (Yes) No

Si es así, ¿están encerradas de forma segura? (If yes, are they safely locked up?) Si (Yes) No

¿En qué actividades participa su hijo/a?:

(What activities is your child involved in:) _____

Demasiado joven para estar involucrados en actividades (Too young to be involved in activities)

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **de hoy** _____
Fecha

(Enumere lo que su hijo come y bebe normalmente en un día): (Please list what your child typically eats and drinks in a day):

Marque todas las personas con las que vive el niño/a: (Check all the people that the child lives with)

Madre (Mother)

Padre (Father)

Hermanos (Brothers) ¿cuántos? (how many?) _____

Hermanas (Sisters) ¿cuántos? (how many?) _____

Otros miembros de la familia (lista) – (Other family members (list) _____

Amigos o otras personas (lista) – (Friends or other people (list) _____

Perros (Dogs) ¿cuántos? (how many?) _____ Gatos (Cats) ¿cuántos? (how many?) _____

Otros animals (Other animals) _____

¿Qué problemas médicos tienen las personas de la familia del niño/a?

What medical problems do people in the child's family have?

Miembro de la familia (Family Member)	Problemas Médicos (Medical Problems)



Los Padres (Parents)	Depresión(Depression) Ansiedad, problemas de nervios (Anxiety (nerve) problems) Discapacidad de aprendizaje (Learning disability) Sobrepeso (Overweight) Alta presión sanguínea (High blood pressure) Diabetes (azúcar) – (Diabetes (sugar) Cáncer (Cancer) Otros problemas cardíacos (Heart problems) Otros problemas (Other)_____
Hermanos (Siblings)	Depresión(Depression) Ansiedad, problemas de nervios (Anxiety (nerve) problems) Discapacidad de aprendizaje (Learning disability) Sobrepeso (Overweight) Alta presión sanguínea (High blood pressure) Diabetes (azúcar) – (Diabetes (sugar) Cáncer (Cancer) Otros problemas cardíacos (Heart problems) Otros problemas (Other)_____

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Esta autorización debe estar fechada y firmada por el paciente o persona legalmente autorizada para recibir esta información. Autorizo a Minidoka Medical Center, RHC, a divulgar una copia de mi información médica:

Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Últimos 4 SSN: _____	Recipiente: _____ _____ _____
---	-------------------------------------

La información se utilizará en nombre del paciente para los siguientes fines:

- Transferencia de Cuidado
- Divulgar información al Especialista
- Traslado de Residencia
- Seguro/o Propósitos de discapacidad
- Legal
- Otra razon: _____

Información a divulgar:



___ Historial médico pertinente (incluye los últimos 2 años de notas de la oficina, trabajo de laboratorio y todas las pruebas pertinentes)
___ Historial médico completo (según el tamaño de la tabla, se aplicarán cargos)
Otra razón: _____

En conformidad con la estatua del estado que requiere un permiso especial para divulgar información privilegiada, libere los registros que pertenecen a:

- ___ Salud mental
- ___ SIDA / VIH
- ___ Drogas / Alcoholism
- ___ Abuso sexual / Enfermedad de transmisión sexual (ETS)
- ___ Abuso y abandono infantil

Envíe toda la información solicitada al destinatario mencionado anteriormente. El destinatario entiende que este registro puede ser voluminoso y acepta pagar todos los cargos razonables asociados con proporcionar este registro. Esta autorización expirará 180 días a partir de la fecha de la firma.

Firma del paciente o representante

Fecha

Firma del testigo

Aviso de confidencialidad: este documento contiene información confidencial que pertenece al remitente. Esta información está legalmente privilegiada y está destinada solo para el uso de la persona o entidad nombrada anteriormente. Si no es el destinatario deseado, se le notifica que cualquier divulgación, copia, distribución o acción tomada en relación con el contenido de estos documentos está estrictamente prohibida. Si recibió este comunicado por error, notifíquelo al remitente de inmediato para organizar la destrucción de los documentos. Gracias.

CUANDO ES VISTO POR UN EMPLEADO O CONTRATISTA DE LA CLÍNICA, TIENE LA RESPONSABILIDAD DE:

Tratar al personal con consideración, respeto y dignidad.

Comprender que tu estilo de vida afecta tu salud.

Participe activamente en su atención médica.

Siga el plan de tratamiento acordado. Si elige o no puede seguir el plan de tratamiento, es su responsabilidad informar al proveedor médico.

Observe las reglas y regulaciones de las instalaciones que son para la seguridad y consideración de todos los pacientes y el personal.

Brinde información precisa y completa sobre quejas actuales, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicamentos, instrucciones anticipadas (testamentos en vida o poder notarial duradero) y otros asuntos relacionados con su atención médica.

Informe si comprende un curso de acción contemplado y qué se espera de usted.

CUANDO ES VISTO POR UN EMPLEADO O CONTRATISTA DE LA CLÍNICA, TIENE DERECHO A:

Ser tratado con consideración, respeto y dignidad;

Proteger la confidencialidad de su información médica, hacer cumplir las regulaciones de la ley de privacidad y que se le expliquen estas áreas de confidencialidad en un lenguaje que pueda entender;



Tener privacidad durante la discusión del caso, el asesoramiento y el tratamiento;

Revise sus registros en presencia de un profesional de la salud;

Conocer el nombre y las calificaciones del personal que le brinda atención;

Conozca su diagnóstico, problemas de salud, resultados de las pruebas, las posibles ventajas y riesgos del tratamiento o los procedimientos en un lenguaje que pueda comprender;

Espere que todos los servicios, tratamientos y técnicas de asesoramiento se realicen con su consentimiento informado;

Participar en la planificación de referencias;

Tener acceso al procedimiento de comentario del paciente;

Negarse a participar en la investigación.

Tenga a otra persona presente en la sala de examen con usted, si así lo desea.



La Discriminación es Ilegal

Minidoka Memorial Hospital, Minidoka Medical Center RHC y Mini-Cassia Surgical and Specialty Clinic cumplen con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminan por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Minidoka Memorial Hospital no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Si necesita servicios de idiomas, acérquese a nuestro Departamento de Emergencias donde nuestro personal puede ayudarlo, o llame a nuestro operador al (208) 436 – 0481.

Si cree que MMH no proporcionó los servicios lingüísticos adecuados o lo discriminó de alguna otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, nuestro personal del Departamento de Emergencias o de la Oficina Comercial está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.
200 Avenida Independencia, SW
Salón 509f, Edificio HHH
Washington, DC 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

English

ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services are available to you at our Emergency Department.

Español (Spanish)

ATENCIÓN: Si habla un idioma que no sea inglés, los servicios de asistencia lingüística están disponibles para usted en nuestro Departamento de Emergencias.

中文 (Chinese)

注意: 如果您使用英語以外的其他語言, 我們的急診室將為您提供語言幫助服務

Српско-хрватски (Serbo-Croatian)

ПАЖЊА: Ако говорите неким другим језиком осим енглеског језика, службе за помоћ у вези са језиком су вам на располагању у нашем одељењу за хитне случајеве.

한국어 (Korean)

주의: 영어 이외의 언어를 사용하는 경우 응급실에서 언어 지원 서비스를 이용할 수 있습니다.

नेपाली (Nepali)

अ तपाईं यदि :ध्यान Englishसेवाहरु सहयोग भाषा भने बोलुहुन्छ भाषा कुनै बाहेक ग्रेजी छन्। उपलब्ध विभागमा आपतकालीन हाम्रो तपाईंलाई

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói một ngôn ngữ khác tiếng Anh, các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ có sẵn cho bạn tại Khoa Cấp cứu của chúng tôi.

عربي (Arabic)

تنبيه: إذا كنت تتحدث لغة أخرى غير اللغة الإنجليزية، فإن خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك في قسم الطوارئ لدينا.

Deutsche (German)

ACHTUNG: Wenn Sie eine andere Sprache als Englisch sprechen, stehen Ihnen in unserer Notaufnahme Sprachunterstützungsdienste zur Verfügung.

Tagalog (Tagalog)

Pansin: Kung nagsasalita ka ng isang wika maliban sa Ingles, ang mga serbisyong pantulong sa wika ay magagamit sa iyo sa aming Kagawaran ng Pang-emergency.

русский (Russian)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите не на английском языке, вам доступны услуги языковой помощи в нашем отделении неотложной помощи.