



Planificación para el CUIDADO DE LA VIDA

mis valores, mis elecciones, mi cuidado

kp.org/lifecareplan (haga clic en "Español")

Planificación para el CUIDADO DE LA VIDA

mis valores, mis elecciones, mi cuidado

Nombre completo: _____

Número de historia clínica: _____

Introducción

Estas instrucciones por anticipado para la atención médica le permiten compartir sus valores, sus elecciones y sus instrucciones acerca de su futura atención médica. Este formulario puede utilizarse para:

- nombrar a una persona de su confianza para que tome decisiones relacionadas con la atención médica por usted (su agente de atención médica),
- proporcionar instrucciones por escrito acerca de su atención médica en el futuro;
- nombrar un agente de atención médica Y dar instrucciones por escrito acerca de su atención médica en el futuro.

La Parte 1 le permite nombrar a un agente de atención médica.

La Parte 2 le da la oportunidad de decir lo que es importante para usted.

La Parte 3 da instrucciones por escrito acerca de su atención médica en el futuro.

La Parte 4 expresa sus esperanzas y deseos para guiar la toma de decisiones de su agente.

La Parte 5 valida legalmente sus instrucciones por anticipado para la atención médica en el estado de Virginia.

La Parte 6 lo prepara para compartir sus deseos y este registro con otras personas.

Las personas con una afección terminal pueden dar instrucciones por anticipado verbalmente en presencia de un médico adjunto y dos testigos.

Estas instrucciones por anticipado para la atención médica reemplazarán otras instrucciones por anticipado para la atención médica que usted haya llenado anteriormente. En el futuro, si desea cancelar o cambiar a su agente designado, deberá firmar y escribir la fecha en una cancelación por escrito; cancelar físicamente o destruir su registro o indicar a alguien que lo haga en su presencia o expresar verbalmente su deseo de cancelar el documento. Su cancelación entrará en vigor cuando se le avise a su médico adjunto.

Nombre completo: _____

Número de historia clínica: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

Teléfono del trabajo: _____ Correo electrónico: _____



Parte 1. Mi agente de atención médica

Cómo elegir un agente de atención médica: Elija a alguien que lo conozca bien, alguien en quien usted confíe que respetará sus puntos de vista y valores y que sea capaz de tomar decisiones difíciles en situaciones estresantes. Una vez que haya escogido a su agente de atención médica, tómese un tiempo para hablar sobre sus opiniones y objetivos de atención con esa persona.

Si no puedo comunicar mis deseos y decisiones acerca de mi atención médica y mi médico y otro médico calificado o psicólogo clínico declaran por escrito que no puedo tomar una decisión informada sobre mi atención médica, elijo a las siguientes personas para hacer cumplir mis deseos y tomar las decisiones acerca de mi atención médica.

Mi agente de atención médica debe tomar las decisiones de atención médica idénticas a las instrucciones que manifiesto en este documento y con mis deseos conocidos. Si mi agente no conoce mis deseos, debe tomar las decisiones de atención médica que, según su criterio, sean mejores para mí, teniendo en cuenta lo que conoce sobre mis valores personales.*

Este formulario no le otorga a mi agente de atención médica el poder para tomar decisiones financieras u otras decisiones comerciales.

Mi agente de atención médica principal es:

Nombre completo: _____ Relación conmigo: _____
Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____
Teléfono del trabajo: _____ Correo electrónico: _____
Dirección postal: _____

Si cancelo el poder de mi agente principal de atención médica o si mi agente principal no está dispuesto, no puede o no está razonablemente disponible para tomar una decisión de atención médica por mí, nombro a las siguientes personas como mi primera y segunda opción de agentes sustitutos.

Primera opción de agente sustituto para la atención médica:

Nombre completo: _____ Relación conmigo: _____
Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____
Teléfono del trabajo: _____ Correo electrónico: _____
Dirección postal: _____

Segunda opción de agente sustituto para la atención médica:

Nombre completo: _____ Relación conmigo: _____
Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____
Teléfono del trabajo: _____ Correo electrónico: _____
Dirección postal: _____

*La autorización anterior para tomar decisiones de atención médica no implica lo siguiente si falta una orden judicial:

1. Esterilización no terapéutica
2. Cirugía únicamente para psicocirugía
3. Aborto



Facultades de mi agente de atención médica:

A menos que indique lo contrario, mi agente de atención médica tiene la facultad que se menciona a continuación cuando yo no esté en condiciones de hablar por mí mismo o de tomar mis propias decisiones:

- A. Tomar decisiones por mí en relación con mi atención médica. Esto incluye las decisiones acerca de exámenes, medicamentos y cirugía. También implica decisiones para brindar, no brindar o detener todas las formas de atención médica para mantenerme con vida, que incluye la alimentación por sonda y los líquidos por vía intravenosa (IV).
- B. Revisar y entregar mis registros de salud, según sea necesario, para tomar decisiones.
- C. Decidir qué médico, proveedores de atención médica y organizaciones me proporcionarán la atención médica.
- D. Organizar y tomar decisiones sobre la donación del cuerpo completo, de órganos, tejido o de ojos para la investigación y educación.

Otras facultades de mi agente de atención médica:

Marque la casilla a continuación si desea que su agente tenga las siguientes facultades:

- Deseo que mi agente siga siendo mi agente de atención médica, aunque se haya producido la disolución, la anulación o la finalización de nuestro matrimonio o relación de pareja doméstica.

Incluya cualquier comentario o límite adicional que desee a la sección anterior. (Por ejemplo, puede nombrar a las personas que usted desea o no desea que tengan participación en las decisiones que se tomen en su nombre. Además, puede especificar las decisiones que no desea que tome su agente). Adjunte páginas adicionales, según sea necesario.



Parte 2. Mis valores

Deseo que mi agente y mis seres queridos sepan qué me importa más, para que puedan tomar decisiones acerca de mi atención médica que vayan de acuerdo con quién soy y con lo que es de gran importancia para mí.

Para darle una idea de lo que es más importante para mí, me gustaría contarle algunas cosas sobre mí, por ejemplo, cómo me gusta pasar mi tiempo, con quién me gusta estar y qué me gusta hacer. También me gustaría contarle acerca de las circunstancias en que la vida ya no tendría sentido para mí.

1. Si hoy fuera un día realmente bueno, estaría haciendo lo siguiente:

2. Lo más importante para mí es:

3. La vida ya no tendría sentido para mí si no pudiera:



Parte 3. Mis instrucciones de atención médica: mis elecciones, mi cuidado

En la siguiente situación, le pedimos que piense en un evento repentino e inesperado. Si puede, usted siempre hablará por usted mismo, pero en esta situación, usted no puede hablar por usted mismo.

Si no puedo comunicarme o tomar mis propias decisiones, solicito que mi agente de atención médica represente mis decisiones, según se indica a continuación, y que mis médicos y mi equipo de atención médica las respeten. Si mi agente de atención médica o mis agentes sustitutos no están disponibles o no pueden tomar decisiones en mi nombre, este documento representa mis deseos.

Nota: Si usted decide no dar instrucciones por escrito, su agente de atención médica tomará las decisiones de acuerdo con sus deseos verbales. Si no se conocen sus deseos, su agente tomará decisiones basándose en lo que crea que es lo mejor para usted, teniendo en cuenta sus valores.

1. Atención para prolongar la vida

Tenga en cuenta las siguientes situaciones:

Usted tiene un accidente o un ataque cerebral repentino.

Los médicos han diagnosticado una lesión cerebral que le impedirá reconocerse a sí mismo o a sus seres queridos. Los médicos han informado a su agente o a su familia que no se espera que pueda recuperar estas capacidades. Para poder mantenerlo con vida, se necesitan tratamientos que mantienen la vida, como el uso de un respirador artificial (es decir, una máquina de respiración) o una sonda de alimentación. En esta situación, ¿qué es lo que desearía?

Desearía que me mantengan cómodo y:

elija una opción

- Desearía que DETENGAN el tratamiento que mantiene la vida. Entiendo que es probable que esto provoque mi muerte antes de lo que sucedería si continuara con el tratamiento.
- Desearía que los tratamientos que mantienen la vida continuaran tanto como fuera posible.

Dé instrucciones adicionales sobre los tratamientos que mantienen la vida. Por ejemplo, es posible que quiera indicar un lapso específico de tiempo durante el cual desee que lo mantengan vivo si no hay cambios en su salud.



2. RCP (reanimación cardiopulmonar)

La RCP trata de devolver la vida a una persona cuando deja de respirar y de latirle el corazón. Puede involucrar compresiones cardiacas (ejercer presión sobre el tórax para que el corazón se contraiga), medicamentos, choques eléctricos y la colocación de un tubo de respiración.

Tiene opciones acerca de la RCP. Ésta puede salvar vidas. No es tan eficaz como la mayoría de las personas creen. La RCP funciona mejor si se hace con rapidez, a los pocos minutos, en un adulto sano. Cuando se realizan maniobras de RCP, se pueden producir fracturas de costilla, perforación de los pulmones o daño cerebral como consecuencia de la falta de oxígeno.* Si le gustaría obtener información adicional sobre la RCP, pida el folleto llamado **CPR: My Choice** (RCP: mi elección).

Si su corazón deja de latir y usted deja de respirar, ¿qué desearía?

- elija una opción** {
- Quiero que siempre me hagan maniobras de RCP.
 - No quiero que me hagan maniobras de RCP, prefiero que se me permita morir de manera natural.†
 - Quiero que me hagan maniobras de RCP, a menos que el médico que me trata determine alguna de las siguientes condiciones:
 - tengo una enfermedad o lesión incurable y estoy muriendo, O
 - no tengo posibilidades razonables de sobrevivir si mi corazón o respiración se detiene, O
 - tengo pocas posibilidades de sobrevivir si mi corazón deja de latir o si dejo de respirar, y el proceso de reanimación me causaría un dolor grave.

* Las investigaciones indican que si está en el hospital y le hacen RCP, usted tiene un 22% de probabilidades de que las maniobras funcionen y salir del hospital con vida.

Ehlenbach, W., Barnato, A. E., Curtis, J. R., et al (2009). Epidemiologic study of in-hospital cardiopulmonary resuscitation in the elderly. *New England Journal of Medicine*, 361:22-31. Girotra, S., Brahmajee K., Nallamothu, M.D., et al (2012). Trends in survival after cardiac arrest. *New England Journal of Medicine*, 167:1912-20.

† Si está seguro de que no quiere recibir RCP, hable con su médico de otros documentos que es posible que desee llenar con él.



Parte 4. Mis esperanzas y deseos (opcional)

1. Mis pensamientos y sentimientos acerca de dónde preferiría morir:

2. Quiero que mis seres queridos sepan que si estoy cercano a mi muerte, me gustaría tener lo siguiente para mi comodidad y apoyo (oraciones, rituales, música, etc.):

3. Afiliación religiosa o espiritual:

Soy _____ (religión) y soy miembro de (grupo religioso/espiritual) _____
_____ en (ciudad), _____

(número de teléfono) _____. Me gustaría que mi agente les diga si estoy gravemente enfermo o estoy muriendo. En mi funeral, si fuera posible, me gustaría incluir lo siguiente (personas, música, rituales, etc.):

4. Otros deseos e instrucciones:

Donación de órganos

Si está interesado en donar sus órganos cuando muera, puede declarar su condición de donante al obtener o renovar la licencia de conducir registrándose en el registro de donantes que se encuentra en <http://www.donatelifevirginia.org/> (en inglés).



Parte 5. Validación legal de este documento

Para que sus instrucciones por anticipado para la atención médica tengan validez legal en Virginia, deben estar firmadas por dos testigos adultos.

Dos testigos

1. Cualquier persona mayor de 18 años, el cónyuge, otro miembro de la familia o proveedor de atención médica.
2. Cuando esté con sus testigos, firme o reconozca su firma.
3. Usted firmará a continuación.
4. Los testigos firmarán en la página 9.

MI FIRMA

Nombre completo en letra de imprenta: _____

Firma: _____ Fecha: _____



DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS:

Declaro bajo pena de falso testimonio según las leyes de Virginia que:

1. Conozco personalmente a la persona que firmó o aprobó estas instrucciones por anticipado para la atención médica o que se presentaron pruebas convincentes de su identidad;
2. La persona firmó o aprobó estas instrucciones por anticipado para la atención médica ante mí;
3. La persona parece estar en su sano juicio y sin el uso de la fuerza, fraude o influencias indebidas.

Primer testigo:

Nombre completo en letra de imprenta: _____

Dirección: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Segundo testigo:

Nombre completo en letra de imprenta: _____

Dirección: _____

Firma: _____ Fecha: _____



Parte 6. Siguiendo pasos

Ahora que ha terminado de redactar sus instrucciones por anticipado para la atención médica, también debería dar los siguientes pasos.

Converse:

1. Revise sus deseos sobre la atención médica con la persona a quien le ha pedido que sea su agente (si todavía no lo ha hecho). Asegúrese de que puede llevar a cabo esta importante tarea por usted en el futuro.
2. Hable con el resto de su familia y amigos cercanos que puedan involucrarse si usted tuviera una enfermedad o una lesión grave. Asegúrese de que sepan quién es su agente de atención médica y cuáles son sus deseos.

Entregue copias:

1. Entregue una copia de sus instrucciones por anticipado para la atención médica a su agente de atención médica.
2. Entregue una copia de sus instrucciones por anticipado para la atención médica a su médico o al Departamento de Historias Clínicas de Kaiser Permanente local.
3. Haga una copia para usted y guárdela donde se pueda encontrar con facilidad.

Llévelas con usted:

1. Si acude a un hospital o a un hogar para ancianos o para enfermos graves lleve una copia de sus instrucciones médicas por anticipado para el cuidado de salud y pida que la incluyan en su historia clínica.
2. Lleve una copia con usted en todo momento que esté lejos de su casa durante un tiempo largo.

Revise frecuentemente:

1. Revise sus deseos sobre atención médica cuando se presente alguna de las "cinco D":
 - Década:** cada vez que empiece una nueva década de su vida.
 - Defunción:** cuando sufra la muerte de un ser querido.
 - Divorcio:** cuando se divorcie o experimente otro cambio importante en su familia.
 - Diagnóstico:** cuando le diagnostiquen una afección médica grave.
 - Deterioro:** cuando sienta un deterioro o desmejoramiento importante de una afección médica existente, en especial cuando no pueda vivir solo.

Cómo cambiar sus instrucciones por anticipado para la atención médica:

Si sus deseos cambian, llene un documento de instrucciones por anticipado para la atención médica nuevas, avise a su agente y a su familia y dé una copia a Kaiser Permanente.

Se han entregado copias de este documento a:

- Agente primario (principal) para la atención médica Nombre completo: _____ Teléfono: _____
- Agente de atención médica suplente n.º 1 Nombre completo: _____ Teléfono: _____
- Agente de atención médica suplente n.º 2 Nombre completo: _____ Teléfono: _____
- Proveedor de atención médica/clínica Nombre: _____ Teléfono: _____
- Otros: Nombre: _____ Teléfono: _____



Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc. (Kaiser Health Plan) complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Kaiser Health Plan does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex. We also:

- Provide no cost aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats, such as large print, audio, and accessible electronic formats
- Provide no cost language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, call the number provided below.

District of Columbia	1-800-777-7902
Maryland	1-800-777-7902
Virginia	1-800-777-7902
TTY	711

If you believe that Kaiser Health Plan has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with the Kaiser Civil Rights Coordinator, 2101 East Jefferson Street, Rockville, MD 20852, telephone number: 1-800-777-7902. You can file a grievance by mail or phone. If you need help filing a grievance, the Kaiser Civil Rights Coordinator is available to help you. You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD). Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc (Kaiser Health Plan) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivo de la raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo. El Kaiser Health Plan no excluye a las personas o las trata de forma diferente por motivo de la raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo. Recuerde también:

- Nosotros les brindamos ayuda y servicios sin costo alguno a las personas que tienen una discapacidad que les impide comunicarse con nosotros en forma eficaz, tales como:
 - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - Información por escrito en otros formatos, tales como letra grande, audio y otros formatos electrónicos accesibles
- Brindamos servicios de idiomas sin costo alguno a personas cuyo idioma principal no sea el inglés, tales como:
 - Intérpretes calificados
 - Información por escrito en otros idiomas

Si necesita dichos servicios, llame al número proporcionado a continuación.

District of Columbia	1-800-777-7902
Maryland	1-800-777-7902
Virginia	1-800-777-7902
Línea TTY	711

Si cree que el Kaiser Health Plan no le ha brindado dichos servicios o ha incurrido en discriminación en contra suya de otra manera por motivo de la raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo, usted puede presentar una queja ante el Kaiser Civil Rights Coordinator, 2101 East Jefferson Street, Rockville, MD 20852, número de teléfono: 1-800-777-7902. Puede presentar una queja por correo o por teléfono. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Kaiser Civil Rights Coordinator está disponible para ayudarle. También puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services), la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) 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 electrónico o por teléfono: Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD). Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Cebuano (Bisaya): Anaa moy katungod nga mangayo og tabang sa inyo pinulongan ug kini walay bayad. Kung naa mo pangutana bahin sa inyo aplikasyon o coverage sa Kaiser Permanente, o kung kaning pahibalo nanginahanglan sa inyo paglihok sa dili pa usa ka piho nga petsa, palihug lang pagtawag sa mga numero sa telepono nga gihatag sa imong estado ("state") o rehiyon ("region") para makigstorya sa usa ka interpreter.

中文 (Chinese): 您有權免費以您的語言獲得幫助。如果您對您的Kaiser Permanente申請或承保有任何疑問，或者如果本通知要求您在具體日期之前採取措施，請致電您所在的州或地區的電話，與口譯員進行溝通。

Chuuk (Chukese): Mei wor omw pwuung omw kopwe angei aninis non foosun fonuomw (Chuukese), ese kamo. Ika mei wor omw kapas eis usun omw apilikeison me/ika policy fan nemenien Kaiser Permanente, are ika ei esinesin a erenuk pwe kopwe fori pwan ekoch forofor, ka tongeni omw kopwe kori ewe nampa mei kawor faniten omw state ika fonu (asan) iwe eman chon chiakku epwe anisuk non kapasen fonuomw.

Français (French): Une assistance gratuite dans votre langue est à votre disposition. Si vous avez des questions à propos de votre demande d'inscription ou de la couverture par Kaiser Permanente, ou si cet avis vous demande de prendre des mesures à une date précise, appelez le numéro indiqué pour votre Etat ou votre région pour parler à un interprète.

Deutsch (German): Sie haben das Recht, kostenlose Hilfe in Ihrer Sprache zu erhalten. Falls Sie Fragen bezüglich Ihres Antrags oder Ihres Krankenversicherungsschutzes durch Kaiser Permanente haben oder falls Sie aufgrund dieser Benachrichtigung bis zu bestimmten Stichtagen handeln müssen, rufen Sie die für Ihren Bundesstaat oder Ihre Region aufgeführte Nummer an, um mit einem Dolmetscher zu sprechen.

ગુજરાતી (Gujarati): તમને કોઈ પણ ખર્ચ વગર તમારી ભાષામાં મદદ મેળવવાનો અધિકાર છે. જો તમને Kaiser Permanente મારફતે તમારી અરજી અથવા કવરેજ વિશે પ્રશ્નો હોય, અથવા જો આ નોટિસ હોય જેમા તમને કોઈ ચોક્કસ તારીખથી પગલાં લેવાની જરૂર હોય, તો દુભાષિયા સાથે વાત કરવા તમારા સ્ટેટ અથવા રીજીયન માટે પૂરા પાડવામાં આવેલ નંબર પર ફોન કરો.

Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole): Ou gen dwa pou jwenn èd nan lang ou gratis. Si ou gen nenpòt kesyon sou aplikasyon ou an oswa asirans ou ak Kaiser Permanente, oswa si nan avi sa a gen bagay ou sipoze fè sa a avan yon sèten dat, rele nimewo nou mete pou Eta oswa rejyon ou a pou w ka pale ak yon entèprèt.

‘ōlelo Hawai‘i (Hawaiian): He pono a ua loa‘a no kekahi kōkua me kāu ‘ōlelo inā makemake a he manuahi no ho‘i. Inā he mau nīnau kāu e pili ana i kāu palapala noi ‘inikua ola kino a i ‘ole i kōkua ma‘ō ka polokalamu kōkua ola kino Kaiser Permanente, a i ‘ole inā ke ha‘i nei paha kēia leka nei iā‘oe e hana koke aku i kēia ma mua o kekahi lā i waiho ‘ia, e kelepona aku i ka helu i loa‘a ma kēia leka nei no kāu moku‘āina a i ‘ole pana‘āina no ka wala‘au ‘ana me kekahi kanaka unuhi ‘ōlelo.

हिन्दी (Hindi): आपको बिना किसी कीमत चुकाए आपकी भाषा में सहायता पाने का अधिकार है। यदि आप आपके आवेदन पत्र के विषय में या Kaiser Permanente के कवरेज के विषय में कुछ पूछना चाहते हैं या यदि यह एक नोटिस है जिसके कारण आपको किसी विशेष तिथि तक कारवाई करनी पड़ेगी तो आपके राज्य या क्षेत्र के लिए दिए गए नंबर पर फोन करके किसी दुभाषिये से बात करें।

Hmoob (Hmong): Koj muaj cai kom tau txais kev pab uas hais koj hom lus yam tsis tau them nqi. Yog koj muaj lus nug txog koj daim ntawv thov los yog cov kev pab them nyiaj tim Kaiser Permanente, los yog tias daim ntawv no yog ib tsab ntawv ceebtoom uas yuav kom koj ua ib yam dabtsi raws li hnuv tau teev tseg, hu rau tus nab npawb xovtooj uas tau muab rau koj lub xeev lossis cheeb tsam kom tau tham nrog tus kws txhais lus.

Igbo (Igbo): ! nwere ikike inweta enyemaka n'asusụ gi na akwughị ugwo ọ bụla. Ọ bụrụ na ị nwere ajujụ gbasara akwukwo anamachoihe gi ma ọ bụ mkpuchi si na Kaiser Permanente, ma ọ bụ ọ bụrụ na nke bụ ọkwa a choro ka ị mee ihe tupu otu ubochi, kpoo nomba enyere maka steeti ma ọ bụ mpaghara gi iji kwukorita okwu n'etiti onye okwa okwu.

Iloko (Ilocano): Adda ti karbenganyo a dumawat iti tulong iti pagsasaoyo nga awan ti bayadanyo. No addaankayo kadagiti saludsod maipanggep ti aplikasionyo wenno coverage babaen ti Kaiser Permanente, wenno no daytoy ket maysa a pakdaar a kalikagumanna a rumbeng nga aramidenyo ti addang iti espesipiko a petsa, tawagan ti numero nga inpaay para ti estado wenno rehion tapno makipatang ti maysa mangipatarus iti pagsasao.

Italiano (Italian): Hai il diritto di ricevere assistenza nella tua lingua gratuitamente. In caso di domande riguardanti la tua richiesta o la copertura attraverso Kaiser Permanente, o se occorre intervenire entro una data specifica secondo quanto indicato in questa comunicazione, chiama il numero fornito per il tuo stato o la tua regione per parlare con un interprete.

日本語 (Japanese): あなたは、費用負担なしでご利用の言語で支援を受ける権利を保持しています。お申し込みまたはKaiser Permanenteの担保範囲に関してご質問があるか、または本通知により、あなたが特定の日付までに行動を起こすよう依頼されている場合、お住まいの州または地域に対して提供された電話番号に電話して、通訳とお話ください。

ខ្មែរ (Khmer): អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយជាភាសារបស់អ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ បើសិនអ្នកមានសំណួរណាមួយអំពីពាក្យស្នើសុំឬការធានារ៉ាប់រងតាមរយៈ Kaiser Permanente ឬប្រសិនបើគឺជាលិខិតជូនដំណឹងដែលតម្រូវឱ្យអ្នកចាត់វិធានការត្រឹមកាលបរិច្ឆេទជាក់លាក់ សូមទូរស័ព្ទទៅលេខដែលបានផ្តល់ជូនសម្រាប់រដ្ឋឬតំបន់របស់អ្នកដើម្បីនិយាយទៅកាន់អ្នកបកប្រែ។

한국어 (Korean): 귀하에게는 한국어 통역서비스를 무료로 받으실 수 있는 권리가 있습니다. Kaiser Permanente를 통한 귀하의 보험 신청서나 보험 보장 범위에 관해 질문이 있을 경우 또는 이 통지서의 요구대로 어느 날짜까지 조치를 취해야만 하는 경우, 귀하의 주 및 지역의 제공된 전화번호로 연락해 통역사와 통화하십시오.

ລາວ (Laotian): ທ່ານມີສິດທີ່ຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ. ຖ້າວ່າ ທ່ານມີຄໍາຖາມກ່ຽວກັບການສະໝັກຂອງທ່ານ ຫຼື ການຄຸ້ມຄອງຜ່ານ Kaiser Permanente, ຫຼື ຖ້າອັນນີ້ເປັນແຈ້ງການທີ່ຮຽກຮ້ອງໃຫ້ທ່ານດໍາເນີນການພາຍໃນວັນທີ່ເຈາະຈົງໃດໜຶ່ງ, ໃຫ້ໂທຕາມພາຍເລກທີ່ໂທໄວ້ສໍາລັບລັດ ຫຼື ເຂດຂອງທ່ານ ເພື່ອຂໍລິມັດຮັບພາສາ.

Kajin Majōl (Marshallse): Ewōr jimwe eo aṃ in bōk jipañ ilo kajin eo aṃ ejjeļok wōṇāān. Ñe ewōr aṃ kajjitōk kōn peba in aplaiki eo aṃ ak insurance eo aṃ jān Kaiser Permanente, ak ñe enaan in kōjeļā in ej aikuj bwe kwōn ṃakūtūt ṃokta jān juon raan eo eṃōj an kallikkar, kaļok nōṃba eo ej leļok ñan state eo aṃ ak jikūṃ bwe kwōn maroñ kōnono ippan juon ri-ukōt.

Naabeehó (Navajo): T’áá ni nizaad bee níká i’ doolwoł doo bik’ é asíníłáágóó éi bee náhaz’á. Kaiser Permanente áká aná’álwo’ ná bik’ é azláadoo yínikeedgo naaltsoos hadinilaa, éi bína’ídíłkid doogo, éi doodago díí naaltsoos haa’ída yoolkáalgo hait’áoda i’díłlílíł níłníigo éi nitsaa hahoodzojį éi doodago t’áá aadi nahós’a’di ata’ dahalne’ígíí bich’i’ hólne’go bee bíł ahíł hodíłlnih.

नेपाली (Nepali): तपाईंसग कुनै शुल्क नदिइ आफ्नो भाषामा सहायता पाउने अधिकार छ । तपाईंसग आफ्नो आवेदन बारे वा Kaiser Permanente मार्फत कवरेज बारेमा कुनै प्रश्नहरू भए, वा यो नोटिस अनुसार तपाईंले कुनै निर्धारित मितिमा कुनै कार्यवाही गर्नु पर्ने आवश्यकता भएमा, दोभाषेसंग कुराकानी गर्न तपाईंको राज्य वा क्षेत्रका लागि दिइएको नम्बरमा कल गर्नुहोस् ।

Afaan Oromoo (Oromo): Baasii malee afaan keetiin gargaarsa argachuudhaaf mirga qabda. Waa’ee iyyata keetii yookaan tajaajila Kaiser Permanente hammatu ilaalchisee gaaffii yoo qabaatte, yookaan yoo kun beeksisa guyyaa murtaa’e irratti tarkaanfii akka ati fudhattu gaafatu ta’e, lakkoofsa bilbilaa naannoo yookaan goodina keetiif kenname bilbiluudhaan turjumaana haasofsiisi.

فارسی (Persian): شما حق دارید که بدون هیچ هزینه ای به زبان خود کمک دریافت کنید. اگر درباره درخواست یا پوشش خود در Kaiser Permanente سوالی داشته یا بر اساس این اعلامیه باید تا تاریخ مشخصی اقدامی بعمل آورید، برای صحبت با یک مترجم شفاهی با شماره تلفن ارائه شده برای ایالت یا منطقه خود تماس بگیرید.

lokaiahn Pohnpei (Pohnpeian): Komw anehki pwung en rapahki sounkawehwe en omw palien lokaia ni sohte isaihs. Ma mie iren owmi kalelapak ohng aplikaisin de iren audepe kan ohng Kaiser Permanente, de ma pakair wet me anahne komwi en mwekid ohng rahn me kileledi, ah komw anahne koahl nempe me sansalehr ohng owmi palien wehi pwe komwi en lokaiaiang owmi tungoal soun kawehwe.

Português (Portuguese): Você tem o direito de obter ajuda em seu idioma sem nenhum custo. Se você tiver dúvidas sobre sua solicitação ou cobertura por meio da Kaiser Permanente, ou se este aviso exigir que você tome alguma medida até uma data específica, ligue para o número fornecido para seu estado ou região para falar com um intérprete.

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi): ਤੁਹਾਨੂੰ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਸੁਲਕ ਤੇ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿਚ ਮਦਦ ਪਾਉਣ ਦਾ ਹੱਕ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਆਪਣੀ ਅਰਜ਼ੀ ਜਾਂ Kaiser Permanente ਰਾਹੀਂ ਕਵਰੇਜ ਬਾਰੇ ਸਵਾਲ ਹਨ, ਜਾਂ ਇਸ ਨੋਟਿਸ ਵਜੋਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿਸੇ ਨਿਸ਼ਚਿਤ ਮਿਤੀ ਤੱਕ ਕਾਰਵਾਈ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਪਵੇ, ਤਾਂ ਦੁਬਾਰਾ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਨ ਲਈ ਆਪਣੇ ਰਾਜ ਜਾਂ ਇਲਾਕੇ ਲਈ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਵਾਏ ਗਏ ਨੰਬਰ ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ।

Română (Romanian): Aveți dreptul de a solicita ajutor care să vă fie oferit în mod gratuit în limba dumneavoastră. Dacă aveți întrebări legate de solicitarea dumneavoastră sau de acoperirea oferită de Kaiser Permanente sau dacă acest aviz vă solicită să luați măsuri până la o anumită dată, sunați la numărul de telefon furnizat pentru statul sau regiunea dumneavoastră pentru a sta de vorbă cu un interpret.

Русский (Russian): У вас есть право получить бесплатную помощь на своем языке. Если у вас имеются вопросы относительно вашего заявления или медицинского страхования в Kaiser Permanente, либо если такое уведомление требует от вас каких-либо действий к определенной дате, позвоните по номеру телефона для своего штата или региона, чтобы поговорить с переводчиком.

Faa-Samoa (Samoan): E iai lou 'aia e maua se fesoasoani i lou gagana e auoa ma le totogi. Afai e iai ni fesili e uiga i lou tusi apalai po o puipuiga e ala mai Kaiser Permanente, po o lenei tusi e manaomia ona e gaoioi i se taimi atofaina, vili le numera ua fuafuaina mo lou setete po o oganuu e fesooota'i i se faaliliu.

Español (Spanish): Usted tiene derecho a obtener ayuda en su idioma sin costo alguno. Si tiene preguntas acerca de su solicitud o cobertura a través de Kaiser Permanente, o si este es un aviso que requiere que usted tome alguna medida antes de una fecha determinada, llame al número de teléfono que se proporciona para su estado o región para hablar con un intérprete.

Tagalog (Tagalog): Mayroon kang karapatang humingi ng tulong sa iyong wika nang walang bayad. Kung mayroon kang mga katanungan tungkol sa iyong aplikasyon o coverage sa pamamagitan ng Kaiser Permanente, o kung ito ay abisong nangangailangan ng iyong aksyon sa tiyak na petsa, tumawag sa numerong ibinigay para sa iyong estado o rehiyon para makipag-usap sa isang interpreter.

ไทย (Thai): ท่านมีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือในภาษาของท่านโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย หากท่านมีคำถามเกี่ยวกับการสมัครของท่าน หรือความคุ้มครองผ่าน Kaiser Permanente หรือหากนี่คือหนังสือที่ต้องการให้ท่านดำเนินการภายในวันที่ที่กำหนดไว้ โปรดติดต่อหมายเลขที่ให้ไว้สำหรับรัฐหรือเขตพื้นที่ของท่านเพื่อคุยกับล่าม

Lea Faka-Tonga (Tongan): 'Oku 'ia ho totonu ke ke ma'u ha fakatonulea ta'etotongi. Kapau 'oku 'i ai ha'ou fehu'i ki ho tohi kole na'e fakafonu ki he malu'i 'inisua 'a e Kaiser Permanente, pea kapau ko e tohina 'oku fiema'u keke fai ha me'a ki ai pe ko ha 'aho na'e tuku pau atu ke fai ia, taa ki he fika kuo 'oatu ki ho siteiti pe ko e vahefonua 'oku ke 'i ai ke talanoa mo ha tokotaha tene fakatonu lea atu kiate koe.

Українська (Ukrainian): У Вас є право на отримання допомоги безкоштовно на Вашій рідній мові. Якщо Ви маєте питання стосовно Вашого звернення чи страхового покриття в Kaiser Permanente, чи якщо відповідно до такого повідомлення Вам треба буде здійснити певну дію до конкретної дати, подзвоніть по номеру, що відповідає Вашій країні чи регіону, щоб поговорити з перекладачем.

اردو (Urdu): آپ کو کوئی بھی قیمت ادا کرنے بغیر اپنی زبان میں مدد حاصل کرنے کا حق ہے۔ اگر آپ کے ذہن میں اپنی درخواست یا Kaiser Permanente کے ذریعہ کوریج کے متعلق کوئی بھی سوالات ہیں، یا اگر اس نوٹس کی وجہ سے آپ کو کسی مخصوص تاریخ تک عمل انجام دینے کی ضرورت ہوگی تو، کسی مترجم سے بات چیت کرنے کے لئے آپ کی ریاست یا علاقہ کے لئے فراہم کئے گئے نمبر پر کال کریں۔

Tiếng Việt (Vietnamese): Quý vị có quyền được nhận trợ giúp miễn phí bằng ngôn ngữ của mình. Nếu quý vị có các câu hỏi về mẫu đơn hoặc mức bảo hiểm của mình thông qua Kaiser Permanente, hoặc đây là thông báo yêu cầu quý vị thực hiện vào một ngày cụ thể, hãy gọi đến số điện thoại được cung cấp cho bang hoặc khu vực của quý vị để trò chuyện với phiên dịch viên.

Yorùbá (Yoruba): O ní ètò láti rí ìrànṣọ́wọ̀ gbà nípa èdè rẹ̀ láìsán owó. Bí o bá ní ibèèrè nípa ìwé tí o kọ̀ tàbí ìsèdédé nípaṣẹ̀ Kaiser Permanente, tàbí ifitonilétí yìí jẹ̀ èyí o nílò láti ìgbésẹ̀ kan ní ojò kan patọ̀, pé nọmbà tí a pèsè fún ìpínlẹ̀ tàbí agbègbè rẹ̀ láti bá òhngbifọ̀ kan sọ̀rọ̀.

Planificación para el CUIDADO DE LA VIDA

my values, my choices, my care

¿Necesita ayuda adicional?
kp.org/lifecareplan (haga clic en "Español")

kp.org/espanol

