

Elección para participar en la coordinación de atención

CareFirst® 

La familia de planes de salud

Consentimiento/autorización para divulgar los registros

1. COORDINACIÓN DE ATENCIÓN DE CAREFIRST

Para ayudarlo a administrar su atención, es fundamental que usted y sus proveedores de atención médica tengan un panorama completo de los riesgos de salud existentes y posibles a fin de trabajar en conjunto para obtener mejores resultados médicos. Esto comienza con una fluida comunicación entre usted, su proveedor de atención médica y CareFirst.

Para fomentar y mejorar esa comunicación, CareFirst ha creado un Registro Médico de Afiliados (MHR, por sus siglas en inglés) seguro y confidencial para que lo utilicen los proveedores de atención médica como fuente común de su información médica mientras participa en el programa de Coordinación de Atención de CareFirst y los programas clínicos relacionados. Al elegir participar con su proveedor en el programa de Coordinación de Atención de CareFirst y otros programas clínicos de respaldo, usted facilita esta comunicación y le permite a su equipo de atención médica (incluso el proveedor de atención primaria y otros proveedores y profesionales de atención médica que le prestan servicios) y a CareFirst ver la información que contiene el MHR y compartir adecuadamente esa información con cada uno de ellos de una manera segura y confidencial a fin de ayudar a coordinar y manejar su atención médica. CareFirst limita la información divulgada a aquella que es necesaria para cumplir con este objetivo.

2. CONSENTIMIENTO/AUTORIZACIÓN

Comprendo lo siguiente:

- Mi participación es voluntaria. Es posible que opte por no participar en la Coordinación de Atención de CareFirst y aún así mantener mi cobertura de seguro con CareFirst.
- CareFirst no hará que el pago de beneficios médicos, la inscripción o la elegibilidad de beneficios médicos dependan de mi participación en el Programa.
- Es posible que CareFirst revele mi información médica personal según lo requiera o lo permita la ley.
- CareFirst puede compartir los datos y la información que suministran los proveedores de atención médica (por ejemplo: profesional de atención médica, hospital, clínica, laboratorio, farmacia o centro médico) que han brindado tratamiento o servicio en mi representación. También podría incluir los resultados de mi Evaluación de Salud o Pruebas Exploratorias de Bienestar proporcionados por medio de un asociado contratado de atención médica de CareFirst.
- Mi proveedor de atención médica, incluso los proveedores tratantes de trastornos por consumo de sustancias y salud mental, puede compartir mi información con CareFirst.
- La información sobre mi persona que podría divulgarse incluye los datos que contiene mi registro médico general, la información sobre mi salud mental, incluso el trastorno por consumo de sustancias, y las reclamaciones de atención médica presentadas como consecuencia de consultas médicas, tratamientos, pruebas diagnósticas, pruebas exploratorias, recetas, centro médico enfocado en el paciente y otras actividades de administración de casos.

2. CONSENTIMIENTO/AUTORIZACIÓN

- También podría incluir, por ejemplo, cualquiera de mis registros médicos relacionados con:
 - trastornos por consumo de sustancias, drogas o alcohol;
 - problemas psicológicos, psiquiátricos u otros trastornos mentales o incapacidades de desarrollo (excluidas las "notas de psicoterapia");
 - trastornos metabólicos como anemia de células falciformes;
 - anticonceptivos y planificación familiar;
 - registros que pueden indicar la presencia de una enfermedad contagiosa o no contagiosa;
 - registros de VIH/SIDA o enfermedades de transmisión sexual;
 - enfermedades o pruebas genéticas (heredadas); y resultados de pruebas de laboratorio directamente del laboratorio clínico.
- Este intercambio de información a fin de brindarme atención y tratamiento está previsto y se permite conforme a las normas de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés) de 1996.
- Todos los afiliados de mi Equipo de Coordinación de Atención tendrán acceso a mi información médica únicamente a los fines de mi atención y tratamiento. La ley les exige a los proveedores de atención médica y a los socios contratados en relación con la atención médica de CareFirst mantener la privacidad de mi información médica de conformidad con las leyes vigentes de privacidad estatales y federales, incluso las normas sobre privacidad de la HIPAA. CareFirst no puede controlar las redivulgaciones no autorizadas de mi información por parte de personas a quienes CareFirst divulga tal información.
- Puedo participar en programas clínicos según lo solicite mi proveedor sin tener que firmar formularios adicionales sobre mi elección para participar en ellos. Puedo rechazar participar en cualesquiera de estos servicios en todo momento.
- Participaré activamente en las decisiones sobre mi atención médica constante, el tratamiento para problemas de salud crónicos y la mejora de mi estado de salud.
- Tendré el derecho de revisar los registros de mi información médica y de salud mental.
- Comprendo que, en función de mi pedido y de conformidad con la parte 2 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales, me entregarán una lista de entidades a las cuales se han divulgado mis registros de trastornos por consumo de sustancias.
- Comprendo que puedo revocar esta autorización en todo momento sin sufrir consecuencias adversas. Para ello, debo completar el Formulario de Revocación que se encuentra en carefirst.com/memberpcmh. Haga clic en "*Participate in PCMH*" (Participar en el PCMH (Centro Médico Centrado en el Paciente)). Esta revocación entrará en vigencia a los fines de futuros usos y divulgaciones de la información de salud protegida. Sin embargo, comprendo que esta revocación no será válida: (i) para información que mi plan de salud ya haya utilizado o divulgado, en base a esta autorización, o (ii) si la autorización fue obtenida como condición de cobertura en mi plan de salud y, por ley, el plan de salud tiene derecho a oponerse a la cobertura.
- Este consentimiento vencerá después de un año si no se revoca.
- Al brindar mi número de teléfono y dirección de correo electrónico, comprendo que CareFirst y sus socios pueden comunicarse conmigo sobre mi atención médica mediante teléfono, teléfono celular, mensaje de texto o correo electrónico. Comprendo que el consentimiento para comunicarse conmigo conserva su vigencia con posterioridad al vencimiento de esta Elección para Participar a menos que revoque el consentimiento.

3. "CLAIMS" (RECLAMACIONES)

Autorizo a CareCo y a los otros proveedores que tratan mis trastornos por consumo de sustancias y salud mental a divulgar mi información de salud mental de CareFirst, incluido el trastorno por consumo de sustancias, que resulta necesaria para procesar reclamaciones. La información que será divulgada se limita a:

- la información administrativa;
- la información de diagnóstico;
- mi estado (voluntario o involuntario);
- el motivo de mi admisión al hospital o la continuación de mi tratamiento; y
- un pronóstico limitado al tiempo calculado durante el cual podría continuar el tratamiento.

4. FIRMA

Guarde una copia de este formulario. Póngase en contacto con su Coordinador de Atención de CareFirst si tiene preguntas sobre este formulario.

Firma del afiliado*	Nombre en letra de imprenta del afiliado	
Fecha de nacimiento del afiliado	Identificación del afiliado	Fecha
Firma del padre/tutor	Nombre del padre o tutor en letra de imprenta	
Número de teléfono	Teléfono celular	Fecha
Dirección de correo electrónico		

5. AVISO PARA LOS DESTINATARIOS

Se le ha divulgado esta información a partir de registros cuya confidencialidad puede estar protegida por la legislación estatal o federal. La legislación de Maryland prohíbe la redivulgación de la información médica sin tener la autorización del afiliado. La divulgación no autorizada de la información sobre salud mental infringe la Ley de Información de Salud Mental del Distrito de Columbia de 1978 (artículos 7-1201.01 a 7-1207.02). La parte 2 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales prohíbe la divulgación no autorizada de estos registros.

6. FIRMA DE CONSENTIMIENTO DE MENORES O TUTORES

Si la persona que firma este formulario no es el afiliado, el padre, madre o tutor de un dependiente menor de 18 años, debe enviar, a la dirección indicada anteriormente, una copia completa del documento oficial que establece su autoridad legal para firmar en nombre del afiliado (por ejemplo, poder notarial, tutor designado por un tribunal, representante personal, etc.).

*Si el padre o tutor no ha dado el consentimiento para prestar servicios y, a su vez, el menor ha prestado un consentimiento que es suficiente en términos legales, el menor puede autorizar la divulgación. Cuando el menor haya prestado el consentimiento para dicho tratamiento, salvo obligación específica legal, no se divulgará información con relación a enfermedades de transmisión sexual, consumo de sustancias, embarazo o enfermedades emocionales, a menos que tal información sea necesaria para preservar la salud del menor y del público, y sólo cuando se mantenga la confidencialidad de la identidad del menor. En D.C. y Virginia, si este consentimiento se refiere a información de salud mental (que incluye hospitalización psiquiátrica cuando el menor tiene 14 años o más y ha prestado su consentimiento para la admisión), y el paciente a quien este consentimiento se refiere tiene más de 14 años y menos de 18, el menor y el padre que tiene la custodia deben proporcionar un consentimiento conjunto. En D.C., si el paciente tiene menos de 14 años, sólo el padre o tutor debe proporcionar el consentimiento. En Virginia, se requiere el consentimiento simultáneo de un menor y el padre que tiene la custodia para divulgar registros de trastornos por consumo de sustancias de pacientes internados.

Notice of Nondiscrimination and Availability of Language Assistance Services

(UPDATED 8/5/19)

CareFirst BlueCross BlueShield, CareFirst BlueChoice, Inc., CareFirst Diversified Benefits and all of their corporate affiliates (CareFirst) comply with applicable federal civil rights laws and do not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex. CareFirst does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability or sex.

CareFirst:

- Provides free aid and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, please call 855-258-6518.

If you believe CareFirst 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 our CareFirst Civil Rights Coordinator by mail, fax or email. If you need help filing a grievance, our CareFirst Civil Rights Coordinator is available to help you.

To file a grievance regarding a violation of federal civil rights, please contact the Civil Rights Coordinator as indicated below. Please do not send payments, claims issues, or other documentation to this office.

Civil Rights Coordinator, Corporate Office of Civil Rights

Mailing Address	P.O. Box 8894 Baltimore, Maryland 21224
Email Address	civilrightscoordinator@carefirst.com
Telephone Number	410-528-7820
Fax Number	410-505-2011

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, D.C. 20201
800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Foreign Language Assistance

Attention (English): This notice contains information about your insurance coverage. It may contain key dates and you may need to take action by certain deadlines. You have the right to get this information and assistance in your language at no cost. Members should call the phone number on the back of their member identification card. All others may call 855-258-6518 and wait through the dialogue until prompted to push 0. When an agent answers, state the language you need and you will be connected to an interpreter.

አማርኛ (Amharic) ማስታበቃው፡፡ ይህ ማስታበቃው ስለ መደን ሰራተኞቸው ይሆል፡፡ ከተወሰነት ቁነ-ገዢበት በፈት ለፈጸምና የሚገበ ነገሮች ሌሎች አገልግሎት ወጥኩ ቅናት ለይዘን ይቻላል፡፡ ይኝነት መረጃ የማማገኘት እና የለምንም ከፍያ በቋንቃዋው እና የማማገኘት መብት አለዋቸው፡፡ አባል ካሁን ክመታዊው ክርድዎች በስተቀርባ ላይ ወደተጠቀሰው የስልክ ቅጥር መደዣዎች ይቻላሉ፡፡ አባል ካሁን ደንብ መደብ ለሳይ ቅጥር 855-258-6518 ደመለዎ ቤት አንዳጂኑ አስተካርድ ድረስ የማማገኘት መጠበቅ አለብዚ፡፡ አንድ ወከል መልስ ለስተዋዊ፣ የሚፈልገትኩን ቅንቃዋቅ ያለውቸ፡፡ ከዘመና ከተጠሪዎች የሚፈልገውን ይሞላል፡፡

Èdè Yorùbá (Yoruba) Ìtétíléko: Àkíyèsí yíí ní ìwífún nípa isé adójútòfò re. Ó le ní àwọn déètì pàtò o sì le ní láti gbé ìgbésè ní àwọn ojó gbèdèke kan. O ni ètò láti gba ìwífún yíí àti ìrànlówó ní èdè re lófèé. Àwọn ọmọ-egbè gbódò pe nómbà fóònù tó wà léyìn káàdì ìdánímò wọn. Àwọn míràn le pe 855-258-6518 kí o sì dúró nípasè ijíròrò tití a ó fi sọ fún o láti tẹ 0. Nígbàtí aşojú kan bá dálhùn, sọ èdè tí o fé a ó sì so ó pò mó ògbufò kan.

Tiếng Việt (Vietnamese) Chú ý: Thông báo này chứa thông tin về phạm vi bảo hiểm của quý vị. Thông báo có thể chứa những ngày quan trọng và quý vị cần hành động trước một số thời hạn nhất định. Quý vị có quyền nhận được thông tin này và hỗ trợ bằng ngôn ngữ của quý vị hoàn toàn miễn phí. Các thành viên nên gọi số điện thoại ở mặt sau của thẻ nhận dạng. Tất cả những người khác có thể gọi số 855-258-6518 và chờ hết cuộc đàm thoại cho đến khi được nhắc nhở nhấn phím 0. Khi một tổng đài viên trả lời, hãy nêu rõ ngôn ngữ quý vị cần và quý vị sẽ được kết nối với một thông dịch viên.

Tagalog (Tagalog) Atensyon: Ang abisong ito ay naglalaman ng impormasyon tungkol sa nasasaklawan ng iyong insurance. Maaari itong maglaman ng mga pinakamahalagang petsa at maaaring kailangan mong gumawa ng aksyon ayon sa ilang deadline. May karapatan ka na makuha ang impormasyong ito at tulong sa iyong sariling wika nang walang gastos. Dapat tawagan ng mga Miyembro ang numero ng telepono na nasa likuran ng kanilang identification card. Ang lahat ng iba ay maaaring tumawag sa 855-258-6518 at maghintay hanggang sa dulo ng diyalogo hanggang sa diktahan na pindutin ang 0. Kapag sumagot ang ahente, sabihin ang wika na kailangan mo at ikokonekta ka sa isang interpreter.

Español (Spanish) Atención: Este aviso contiene información sobre su cobertura de seguro. Es posible que incluya fechas clave y que usted tenga que realizar alguna acción antes de ciertas fechas límite. Usted tiene derecho a obtener esta información y asistencia en su idioma sin ningún costo. Los asegurados deben llamar al número de teléfono que se encuentra al reverso de su tarjeta de identificación. Todos los demás pueden llamar al 855-258-6518 y esperar la grabación hasta que se les indique que deben presionar 0. Cuando un agente de seguros responda, indique el idioma que necesita y se le comunicará con un intérprete.

Русский (Russian) Внимание! Настоящее уведомление содержит информацию о вашем страховом обеспечении. В нем могут указываться важные даты, и от вас может потребоваться выполнить некоторые действия до определенного срока. Вы имеете право бесплатно получить настоящие сведения и сопутствующую помощь на удобном вам языке. Участникам следует обращаться по номеру телефона, указанному на тыльной стороне идентификационной карты. Все прочие абоненты могут звонить по номеру 855-258-6518 и ожидать, пока в голосовом меню не будет предложено нажать цифру «0». При ответе агента укажите желаемый язык общения, и вас свяжут с переводчиком.

हिन्दी (Hindi) ध्यान दें: इस सूचना में आपकी बीमा कवरेज के बारे में जानकारी दी गई है। हो सकता है कि इसमें मुख्य तिथियों का उल्लेख हो और आपके लिए किसी नियत समय-सीमा के भीतर काम करना ज़रूरी हो। आपको यह जानकारी और संबंधित सहायता अपनी भाषा में निःशुल्क पाने का अधिकार है। सदस्यों को अपने पहचान पत्र के पीछे दिए गए फोन नंबर पर कॉल करना चाहिए। अन्य सभी लोग 855-258-6518 पर कॉल कर सकते हैं और जब तक 0 दबाने के लिए न कहा जाए, तब तक संवाद की प्रतीक्षा करें। जब कोई एजेंट उत्तर दे तो उसे अपनी भाषा बताएँ और आपको व्याख्याकार से कनेक्ट कर दिया जाएगा।

Băsăjă-wùqù (Bassa) Tò Đùă Cáo! Bă nìà ke bá nyō bě ké m̄ gbo kpá bó nì fūà-fūá-tiă̄n nyee jè dyí. Bă nìà ke béqué wé jéé bě bé m̄ kē qe wa m̄ kē nyuee nyu hwè bě wé běa kē zi. 0 m̄ n̄ kpé bé m̄ kē bă nìà ke kē gbo-kpá-kpá m̄ móee dyé qé n̄ bídí-wùqù m̄ bě m̄ kē se wíqí qò péé. Kpooò nyō bě me qá fúùn-nòbà nìà qé waà I.D. káàò qeín nyé. Nyō tòò séin me qá nòbà nìà ke: 855-258-6518, kē m̄ me fò tee bě wa kée m̄ gbo cē bé m̄ kē nòbà mòà 0 kee dyi pàqàin hwè. 0 jü kē nyō qò dyi m̄ gđ jüñ, po wuđu m̄ mó poe dyie, kē nyō qò mu bó nìn bě 0 kē n̄ wuđu m̄ zà.

বাংলা (Bengali) লক্ষ্য করুন: এই নোটিশে আপনার বিমা কভারেজ সম্পর্কে তথ্য রয়েছে। এর মধ্যে গুরুত্বপূর্ণ তারিখ থাকতে পারে এবং নির্দিষ্ট তারিখের মধ্যে আপনাকে পদক্ষেপ নিতে হতে পারে। বিনা খরচে নিজের ভাষায় এই তথ্য পাওয়ার এবং সহায়তা পাওয়ার অধিকার আপনার আছে। সদস্যদেরকে তাদের পরিচয়পত্রের পিছনে থাকা নশ্বরে কল করতে হবে। অন্যেরা 855-258-6518 নশ্বরে কল করে 0 টিপতে না বলা পর্যন্ত অপেক্ষা করতে পারেন। যখন কোনো এজেন্ট উত্তর দেবেন তখন আপনার নিজের ভাষার নাম বলুন এবং আপনাকে দোভাসীর সঙ্গে সংযুক্ত করা হবে।

اردو (Urdu) توجہ: بہ نوٹس آپ کے انشورینس کوریج سے متعلق معلومات پر مشتمل ہے۔ اس میں کلیدی تاریخیں بو سکتی ہیں اور ممکن ہے کہ آپ کو مخصوص آخری تاریخوں تک کارروائی کرنے کی ضرورت پڑے۔ آپ کے پاس یہ معلومات حاصل کرنے اور بغیر خرچ کیے اپنی زبان میں مدد حاصل کرنے کا حق ہے۔ ممبران کو اپنے شناختی کارڈ کی پشت پر موجود فون نمبر پر کال کرنی چاہیے۔ سبھی بیگر لوگ 855-258-6518 پر کال کر سکتے ہیں اور 0 دبائے کو کہے جانے تک انتظار کریں۔ ایجنت کے جواب دینے پر اپنی مطلوبہ زبان بتائیں اور مترجم سے مربوط ہو جائیں گے۔

فارسی (Farsi) توجه: این اعلامیه حاوی اطلاعاتی دربارہ پوشش بیمه شما است. ممکن است حاوی تاریخ های مهمی باشد و لازم است تا تاریخ مقرر شده خاصی اقدام کنید. شما از این حق برخوردار هستید تا این اطلاعات و راهنمایی را به صورت رایگان به زبان خودتان دریافت کنید. اعضا باید با شماره در پشت کارت شناسایی شان تماس بگیرند. سایر افراد می توانند با شماره 855-258-6518 تماس بگیرند و منتظر بمانند تا از آنها خواسته شود عدد 0 را فشار دهند. بعد از پاسخگویی توسط یکی از اپراتورها، زبان مورد نیاز را تنظیم کنید تا به مترجم مربوطه وصل شوید.

اللغة العربية (Arabic) تنبيه: يحتوي هذا الإخطار على معلومات بشأن تغطية التأمينية، وقد يحتوي على تاريخ مهم، وقد تحتاج إلى اتخاذ إجراءات بحلول مواعيد نهاية محددة. يحق لك الحصول على هذه المساعدة والمعلومات بلغتك بدون تحمل أي تكالفة. ينبغي على الأعضاء الاتصال على رقم الهاتف المذكور في بطاقةتعريف الهوية الخاصة بهم. يمكن للأخرين الاتصال على الرقم 855-258-6518 والانتظار خلال المحادثة حتى يطلب منهم الضغط على رقم 0 عند إجابة أحد الوكلاء، اذكر اللغة التي تحتاج إلى التواصل بها وسيتم توصيلك بأحد المترجمين الفوريين.

中文繁体 (Traditional Chinese) 注意：本聲明包含關於您的保險給付相關資訊。本聲明可能包含重要日期及您在特定期限之前需要採取的行動。您有權利免費獲得這份資訊，以及透過您的母語提供的協助服務。會員請撥打印在身分識別卡背面的電話號碼。其他所有人士可撥打電話 855-258-6518，並等候直到對話提示按下按鍵 0。當接線生回答時，請說出您需要使用的語言，這樣您就能與口譯人員連線。

Igbo (Igbo) Nrụbama: Okwa a nwere ozi gbasara mkpuchi nchekwa onwe gi. O nwere ike ịnwe ụbọchị ndị di mkpa, i nwere ike ịme ihe tupu ụfodụ ụbọchị njedebe. I nwere ikike ịnweta ozi na enyemaka a n'asusu gi na akwughị ụgwọ o bụla. Ndị otu kwesiri ikpo akara ekwentị dị n'azụ nke kaadi njirimara ha. Ndị ọzọ niile nwere ike ikpo 855-258-6518 wee chere ụbụbọ ahụ ruo mgbe amanyere ipi 0. Mgbe onye nnochite anya zara, kwuo asusu i chọro, a ga-ejikọ gi na onye ọkowa okwu.

Deutsch (German) Achtung: Diese Mitteilung enthält Informationen über Ihren Versicherungsschutz. Sie kann wichtige Termine beinhalten, und Sie müssen gegebenenfalls innerhalb bestimmter Fristen reagieren. Sie haben das Recht, diese Informationen und weitere Unterstützung kostenlos in Ihrer Sprache zu erhalten. Als Mitglied verwenden Sie bitte die auf der Rückseite Ihrer Karte angegebene Telefonnummer. Alle anderen Personen rufen bitte die Nummer 855-258-6518 an und warten auf die Aufforderung, die Taste 0 zu drücken. Geben Sie dem Mitarbeiter die gewünschte Sprache an, damit er Sie mit einem Dolmetscher verbinden kann.

Français (French) Attention: cet avis contient des informations sur votre couverture d'assurance. Des dates importantes peuvent y figurer et il se peut que vous deviez entreprendre des démarches avant certaines échéances. Vous avez le droit d'obtenir gratuitement ces informations et de l'aide dans votre langue. Les membres doivent appeler le numéro de téléphone figurant à l'arrière de leur carte d'identification. Tous les autres peuvent appeler le 855-258-6518 et, après avoir écouté le message, appuyer sur le 0 lorsqu'ils seront invités à le faire. Lorsqu'un(e) employé(e) répondra, indiquez la langue que vous souhaitez et vous serez mis(e) en relation avec un interprète.

한국어(Korean) 주의: 이 통지서에는 보험 커버리지에 대한 정보가 포함되어 있습니다. 주요 날짜 및 조치를 취해야 하는 특정 기한이 포함될 수 있습니다. 귀하에게는 사용 언어로 해당 정보와 지원을 받을 권리가 있습니다. 회원이신 경우 ID 카드의 뒷면에 있는 전화번호로 연락해 주십시오. 회원이 아니신 경우 855-258-6518 번으로 전화하여 0을 누르라는 메시지가 들릴 때까지 기다리십시오. 연결된 상담원에게 필요한 언어를 말씀하시면 통역 서비스에 연결해 드립니다.

Diné Bizaad (Navajo) Ge': Díí bee ił hane'ígíí bii' dahólóó bee éédahózin béeso ách'áqáh naanilník'ist'i'ígíí bá. Bii' dahólóó doo íiyisíí yoolkáálígíí dóó t'áádoo le'é ádadoolyíllígíí da yókeedgo t'áá doo bee e'e'aahí ájiil'ííh. Bee ná ahóót'i' díí bee ił hane' dóó niká'ádoowoł t'áá nínizaad bee t'áá jiik'é. Atah danilínígíí béis̄h bee hane'é bee wółta'ígíí nitl'izgo bee nee hóadolzinígíí bikéédéé' bikáá' bich'i' hodoonihjí'. Aadóó náánála' éí kojí' dahóoolnih 855-258-6518 dóó yii diiłts'ííl yałtí'ígíí t'áá níléjí áádóó éí bikéé'dóó naasbą́as bił adidiilchił. Áká'ánidaalwó'ígíí neidiitqáago, saad bee yániłt'i'ígíí yii diikił dóó ata' halne'é lá níká'ádoolwoł.