



## **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PODRÍA USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA ATENTAMENTE.**

### **¿QUÉ ES UN AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD?**

Cuando recibe atención y servicios en los hospitales y las clínicas Children's Mercy (CMH por sus siglas en inglés) creamos un registro de su visita que incluye su información médica. Entendemos que esta información médica protegida es personal y por eso, nos comprometemos a proteger la privacidad de su información médica. Este Aviso de prácticas de privacidad (Aviso) describe cómo se podría usar y divulgar su información médica y cómo puede tener acceso a esta información.

### **MI HIJO ES MENOR DE 18 AÑOS. ¿CUÁLES SON SUS DERECHOS?**

Si usted es el padre y/o la madre o tutor legal que recibe este Aviso ya que su menor hijo recibe cuidados en CMH, por favor entienda que el término "su" y "usted" en este Aviso se refieren al paciente y a la privacidad de su información médica. Se consideran menores a los pacientes que tienen menos de 18 años. La mayoría de las veces, los padres o tutores legales de los pacientes menores toman decisiones sobre el cuidado de salud, controlan la divulgación de la información médica del menor y tienen los derechos de privacidad descritos en este Aviso. Sin embargo, podría haber algunas situaciones donde los pacientes menores puedan tomar decisiones sobre su propio cuidado bajo la ley aplicable. En estas situaciones, el paciente menor tiene derechos bajo este Aviso.

### **NUESTRAS RESPONSABILIDADES**

- La ley requiere que mantengamos la privacidad y la seguridad de su información médica.
- Debemos seguir las obligaciones y las prácticas de privacidad descritas en este Aviso y entregarle una copia.
- Le informaremos si se produce un incumplimiento que pueda comprometer la privacidad o la seguridad de su información médica.
- No usaremos o compartiremos su información médica de ninguna otra forma como la que se describe en este Aviso, a menos que nos dé una autorización por escrito. Si decide darnos una autorización por escrito, puede cambiar de parecer en cualquier momento. Avísenos por escrito si cambia de opinión.

### **¿QUIÉN DEBE SEGUIR LAS REGLAS DE ESTE AVISO?**

Este Aviso se aplica a su información médica protegida generada por los hospitales y las clínicas Children's Mercy, sus proveedores y personal de salud, y todas las organizaciones relacionadas que generen su información médica en CMH, que incluye pero no se limita a entidades de salud y proveedores contratados por CMH y Children's Mercy Integrated Care Solutions. CMH y sus organizaciones afiliadas compartirán su información médica entre ambos, como una medida necesaria para llevar a cabo un tratamiento, generar un pago y otras operaciones del cuidado médico relacionadas al convenio del cuidado de salud organizado.

### **NUESTROS USOS Y DIVULGACIÓN DE SU INFORMACIÓN MÉDICA**

*Podríamos usar y compartir su información médica por algunos motivos sin su permiso.*

#### ***Normalmente usamos o compartimos su información médica de las siguientes formas:***

**Tratamiento:** Podemos usar y compartir su información médica con otros proveedores de salud para su cuidado. Por ejemplo: *Un doctor que se encuentre tratándolo por una lesión le pregunta a otro doctor sobre su condición de salud general.*

**Pagos:** Podemos usar y compartir su información médica para cobrar y recibir pagos de los planes de seguro u otras entidades. Por ejemplo: *Compartimos su información con su plan de seguro para que genere el pago por sus servicios.*

**Operaciones del cuidado médico:** Podemos usar y compartir su información médica para nuestras operaciones del cuidado médico, para mejorar su cuidado y comunicarnos con usted cuando sea necesario. *Por ejemplo: Utilizamos su información médica para administrar su tratamiento y servicios.*

***También podríamos usar o compartir su información médica de otras maneras, normalmente en formas que contribuyan al bien público:***

**Requerido por ley:** Podríamos usar o compartir su información médica como lo requiere la ley local, estatal o federal, incluyendo al Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS por sus siglas en inglés) si quiere saber si estamos cumpliendo con la ley de privacidad federal.

**Actividades de salud pública:** Podríamos usar o compartir su información médica en actividades de salud pública, que incluye pero no se limita a:

- Prevención o control de enfermedades, lesión o discapacidad.
- Ayuda con la retirada de productos (*recall en inglés*), reparaciones o reemplazos y vigilancia post-comercialización.
- Informe de reacciones adversas a medicamentos o a dispositivos médicos y defectos de productos o problemas.
- Informe de sospecha de un caso de abuso a un menor, negligencia o violencia en el hogar.
- Notificación a una persona que haya podido estar expuesta a una enfermedad o podría tener el riesgo de contraer o contagiar una enfermedad o condición.
- Cuando se realiza un servicio de salud a pedido de su empleador, podríamos compartir su información médica con el empleador como parte del propósito de vigilancia médica en el lugar de trabajo o la evaluación de lesiones y enfermedades relacionadas al trabajo ya que el empleador necesita la información como parte del cumplimiento con la Administración de Seguridad y Salud Ocupacional (OSHA por sus siglas en inglés), la Seguridad Minera y Administración de Salud (MHSA por sus siglas en inglés) u otras leyes estatales.
- En la escuela, para una persona que sea estudiante o futuro estudiante, si la información médica que se ha compartido se limita a una prueba de vacunación.

**Servicios de protección:** Además de informar sobre actividades de salud pública, podríamos compartir su información médica para informar la sospecha o el conocimiento de un abuso, negligencia o violencia en el hogar, en la medida que la divulgación sea autorizada por la ley o usted esté de acuerdo con la divulgación.

**Para prevenir una seria amenaza a la salud o la seguridad:** Podríamos usar o compartir su información médica cuando sea necesario para prevenir una seria amenaza a su salud o su seguridad o la salud o la seguridad de otra persona o el público.

**Actividades de supervisión de salud:** Podríamos compartir su información médica con agencias de supervisión de salud con el propósito de autorizar legalmente actividades de supervisión de salud como auditorías, investigaciones, inspecciones, algunos procedimientos o acciones y para propósitos de licencias.

**Procedimientos administrativos y judiciales:** Podríamos compartir su información médica en relación a procedimientos administrativos o judiciales, como una respuesta a (i) un pedido de la corte o una orden administrativa o (ii) una comparecencia u otro pedido similar autorizado por ley.

**Cumplimiento de la ley:** Podríamos compartir su información médica con oficiales de la ley para propósitos relacionados con el cumplimiento de la ley. Por ejemplo:

- Como lo requiere la ley (incluyendo un pedido de la corte, una garantía pedida por la corte, una comparecencia o citación, un pedido administrativo);
- Para identificar o ubicar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida;
- Como respuesta al pedido de un oficial de policía, para saber información de la víctima o el sospechoso de víctima de un crimen;
- Para avisar a los oficiales de la ley sobre la muerte de una persona si sospechamos que la muerte se ha producido por una conducta criminal;
- Cuando creemos que la información médica es evidencia de un crimen que ocurrió en las premisas de este establecimiento;
- En una emergencia médica que no se desarrolla en las premisas del establecimiento, cuando sea necesario informar a los oficiales de la ley acerca de la comisión y naturaleza del crimen, la ubicación del crimen, las víctimas del crimen o el responsable de un crimen.

**Médicos forenses, examinadores médicos y directores funerarios:** Podríamos compartir su información médica con médicos forenses o examinadores médicos para identificar un cuerpo, para determinar la causa de muerte u otros cumplimientos que sean autorizados por ley. Podríamos compartir información médica con directores funerarios para que cumplan con sus obligaciones.

**Adquisición de órganos, ojos y tejido:** Podríamos compartir su información médica con organizaciones de adquisición de órganos u otras entidades que se relacionan con la adquisición, bancos o trasplante de órganos, ojos y tejido, según sea necesario para facilitar la donación o el trasplante de un órgano, ojo o tejido.

**Investigación:** CMH realiza investigaciones para aprender más acerca de la salud y las enfermedades. Podríamos usar o compartir su información médica para realizar investigaciones médicas. Por ejemplo:

- Para revisar su información médica, según sea necesario, para preparar una investigación, como decidir si se puede hacer un proyecto de investigación o determinar la elegibilidad de un estudio de investigación en particular y comunicarnos con usted para saber si está interesado en participar en el estudio;
- Para realizar un proyecto de investigación si (i) la información no incluye su nombre u otra información que lo identifica directamente y (ii) el investigador está de acuerdo en proteger su información;
- Podríamos usar la información médica de un paciente fallecido para realizar una investigación; y
- Si un comité especial en CMH, el Institutional Review Board, aprueba el uso o la divulgación. Este comité trabaja en conjunto con el investigador para proteger la privacidad de su información médica.

**Funciones especiales del gobierno:** Podríamos compartir su información médica si una autoridad apropiada del gobierno lo considera necesario para realizar funciones del gobierno, como actividades militares y para veteranos, seguridad nacional y actividades de inteligencia, servicios de protección para el presidente u otras personas, determinaciones de conveniencia médica e instituciones correccionales y otras actividades de custodia en cumplimiento con la ley.

**Indemnización por accidente en el trabajo:** Podríamos compartir su información médica con programas que tratan con indemnizaciones por accidentes en el trabajo u otros programas similares que brindan beneficios por lesiones relacionadas al trabajo.

**Comunicaciones de operación y tratamiento:** También podríamos usar y compartir su información médica:

- Para darle información acerca de tratamientos alternativos, terapias, proveedores de salud o establecimientos de cuidado;
- Para la administración de casos o coordinación del cuidado, y
- Para comunicarle acerca de servicios y beneficios relacionados a la salud.

**Institución correccional:** Si está preso en una institución correccional o bajo la custodia de un oficial de la ley, podríamos compartir su información médica con la institución o el oficial. Esta divulgación deberá ser necesaria para que (1) la institución le brinde atención médica, (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y la seguridad de otros; o (3) para la salud y la seguridad de la institución correccional.

## **SUS OPCIONES**

**En ciertas ocasiones, puede decirnos qué es lo que podemos compartir de su información médica.**

En la mayoría de los casos, usted tiene el derecho de estar de acuerdo u oponerse a los siguientes usos y divulgaciones. Podríamos basarnos en su permiso informal para usar y compartir su información. Si no puede comunicarnos sus preferencias, por ejemplo, si usted se encuentra inconsciente o en una situación de emergencia, podríamos compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podríamos compartir su información, cuando se necesite, para reducir una amenaza seria e inminente a la salud o la seguridad.

- **Directorio del hospital:** A menos que se oponga, colocaremos su nombre, su ubicación en el establecimiento, su condición general y su afiliación religiosa en nuestro directorio de pacientes internos. Podríamos usar o compartir esta información con los miembros del clero y, excepto por afiliación religiosas, con las personas que pregunten por usted por su nombre, incluyendo a personas de los medios de comunicación.
- **Personas involucradas en su cuidado o pago por su cuidado:** A menos que se oponga, podríamos compartir su información médica con sus familiares cercanos u otros familiares, un amigo personal cercano u otras personas que usted identifique, si esa persona está involucrada en su cuidado médico.
- **Notificación:** Podríamos usar o compartir su información para notificar o ayudar a notificar a un familiar, representante personal u otra persona responsable de su cuidado, sobre su ubicación, su condición general o su muerte.
- **Ayuda en caso de desastres:** Podríamos compartir su información médica con agencias privadas o públicas para propósitos de ayuda en caso de desastres.

Otros usos y divulgaciones a las que puede oponerse:

- **Comunicación para la recaudación de fondos:** Podríamos usar y compartir parte de su información médica para comunicarle actividades de recaudación de fondos. La información que podríamos usar o compartir para nuestras actividades de recaudación de fondos incluyen su nombre, su dirección, su edad, su género, su fecha de nacimiento y otra información de contacto, fechas de cuando recibió el cuidado en el establecimiento, el nombre del médico que lo vio, el departamento general del servicio, los resultados del tratamiento y el estado del seguro de salud. Cualquier tipo de comunicación relacionada a la recaudación de fondos que reciba de nuestra parte incluirá información sobre cómo puede salirse de nuestra lista de contactos. Recaudamos fondos para apoyar avances en el cuidado pediátrico, realizar investigaciones y educación y para brindar muchos servicios y programas especiales a nuestros pacientes y a la comunidad.
- **Intercambios de información médica:** Participamos en intercambios de información médica (HIEs por sus siglas en inglés) y podríamos usar o compartir su información médica a través de los HIEs. Un HIE es un método electrónico para compartir información médica acerca de su cuidado con sus otros proveedores de salud. Puede obtener más información acerca de los HIEs u oponerse a ellos comunicándose con el Departamento de Acceso y Servicios para el Paciente de CMH.

En algunos casos, nunca compartimos su información médica a menos que nos dé un permiso por escrito o que sea dado bajo la ley federal:

- **Propósitos de marketing**
- **Venta de su información médica**

Bajo las leyes federales y estatales, se da protección adicional a algunos tipos de información médica altamente sensible. Podrían requerirnos, bajo estas leyes, obtener su permiso por escrito para compartir lo siguiente:



- **Notas de psicoterapia** escritas y guardadas por su terapeuta, excepto para propósitos relacionados al tratamiento, pago, operaciones del cuidado médico o como lo permita o requiera la ley.
- **Información genética** bajo ciertas circunstancias.
- **Pruebas o estados de VIH** bajo ciertas circunstancias.
- **Información sobre el tratamiento de abuso de sustancias** bajo ciertas circunstancias.

## **SUS DERECHOS DE PRIVACIDAD**

**Cuando se refiere a su información médica, usted tiene algunos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para que le sirvan de ayuda.**

**Revisar y obtener una copia de su expediente médico.** Para revisar y obtener una copia de su información médica deberá presentar un pedido por escrito al Departamento de Manejo de Información de Salud de CMH. Le brindaremos una copia o un resumen de su información médica, normalmente en un promedio de 30 días desde que hizo el pedido. Es posible que tenga que realizar un pago razonable, basado en los costos.

**Pedir la restricción de algunos usos y divulgaciones de su información.** Usted tiene el derecho a pedir una restricción o limitación de la información médica que utilizamos o compartimos sobre usted para tratamientos, pagos o nuestras actividades. También tiene derecho a pedir un límite en la información médica que compartimos sobre usted con otra persona que esté involucrada en su cuidado o el pago por su cuidado, como un familiar o un amigo. Deberá enviar cualquier pedido de restricción por escrito al director de Manejo de Información de Salud de CMH y deberá especificar (1) qué información desea restringir o limitar (2) si desea restringir o limitar nuestro uso, divulgación o ambos, y (3) a quién se aplica la limitación. Se requiere que estemos de acuerdo con su pedido solamente si: (1) la divulgación es para realizar un pago u operaciones del cuidado médico y no es requerido por ley, o (2) su información médica pertenece únicamente a los servicios médicos por los que usted (u otra persona a su nombre) ha realizado directamente el pago completo. No se requiere que estemos de acuerdo para todos los demás pedidos.

**Obtener una copia en papel de este Aviso de prácticas de privacidad si lo pide.** Puede pedir al Departamento de Acceso y Servicios para el Paciente de CMH o al personal de registro clínico de CMH una copia en papel de este Aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir este Aviso por medios electrónicos.

**Pedir la rectificación de su expediente médico.** Puede pedirnos que corrijamos la información médica que cree que es incorrecta o incompleta. Tiene el derecho de pedir una rectificación siempre y cuando la información la tengamos nosotros. Todo pedido de rectificación deberá enviarlo por escrito al Departamento de Acceso y Servicios para el Paciente de CMH y deberá incluir la razón de su pedido de rectificación. Podríamos decir “no” a su pedido, pero le explicaremos el motivo por escrito.

**Pedir un registro de divulgaciones.** Puede pedir una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información médica durante los últimos 6 años desde la fecha que hace el pedido, con quién la compartimos y el porqué. Incluiremos todas las divulgaciones, excepto tratamientos, pagos u operaciones del cuidado médico y algunas otras divulgaciones (como divulgaciones hechas de acuerdo a una autorización que realizó). Deberá presentar su pedido para recibir el informe por escrito al Departamento de Acceso y Servicios para el Paciente de CMH y deberá incluir un periodo de tiempo y cómo quiere tener la lista (por ejemplo, en papel o de forma electrónica). Le brindaremos un informe al año gratis, pero le cobraremos un pago razonable, basado en los costos, si pide tener otro informe en un periodo de 12 meses.

**Pedir comunicación confidencial sobre su información médica.** Por ejemplo, puede pedir que usen un número de teléfono o dirección diferente para que se comuniquen con usted o puede pedir una forma alternativa cuando le brindemos su información, como hacerlo por internet, responder preguntas por escrito, etc. Debe presentar su pedido por escrito al Departamento de Acceso y Servicios para el Paciente de CMH. Nos adaptaremos a sus pedidos razonables para establecer comunicación sobre su información médica de otras formas o en otros lugares.

**Elegir una persona que lo represente.** Si le ha dado a una persona un poder de representación legal para su cuidado médico o si tiene un tutor legal bajo la ley estatal aplicable, esta persona es su “representante personal” para los propósitos de este Aviso y puede ejercer sus derechos bajo este Aviso. Sin embargo,

podríamos decidir no tratar a una persona como su representante personal si CMH o su médico cree de forma razonable que la persona podría ponerlo en peligro en una situación de violencia en el hogar, abuso o negligencia.

**PARA COMUNICARNOS CON USTED**

Podríamos comunicarnos con usted vía correo, correo electrónico, teléfono u otras vías electrónicas para:

- Cancelar, volver a programar o recordarle su cita
- Informarle que ya puede recoger sus medicinas
- Darle instrucciones sobre cómo prepararse para un procedimiento o el cuidado de su salud
- Comunicarle acerca de nuestros servicios y programas de recaudación de fondos
- Notificarle en caso de un incumplimiento de su información médica

Si no se encuentra disponible, o a menos que nos comunique lo contrario (lea la sección *Derecho a pedir comunicación confidencial sobre su información médica*), podríamos dejarle un mensaje en su máquina contestadora o con alguna persona que conteste su teléfono.

**NIÑOS MENORES Y ACCESO DE LOS PADRES A LA INFORMACIÓN**

No restringiremos el acceso de la madre o el padre a la información médica de su niño menor a menos que se entreguen papeles de la corte. Los papeles de la corte deberán incluir específicamente que los derechos parentales del padre o la madre han sido separados o que el padre o la madre no puede recibir ningún tipo de información médica del niño. Las órdenes de protección se aceptarán cuando la orden incluya al paciente.

**CAMBIOS EN ESTE AVISO**

Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este Aviso. La revisión o modificación del Aviso afectará la información que ya tenemos de usted y también cualquier información que recibamos en el futuro. Si la información de nuestras prácticas de privacidad cambia, publicaremos el Aviso modificado en nuestra página web ([www.childrensmercy.org](http://www.childrensmercy.org)), a través de nuestros establecimientos y tendremos copias disponibles para usted.

**PARA PRESENTAR UNA QUEJA O SI TIENE PREGUNTAS SOBRE ESTE AVISO**

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja con el Oficial de Privacidad de CMH ya sea por teléfono o por escrito. También podría presentar una queja con el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles. Si desea obtener información acerca de cómo presentar una queja con esta agencia del gobierno, visite <http://www.hhs.gov/sites/default/files/ocr/privacy/hipaa/complaints/hipaahowtofiles.pdf> No tomaremos represalias contra usted si presenta una queja.

Si tiene alguna pregunta o le gustaría tener información adicional acerca de este Aviso, puede comunicarse con el Oficial de Privacidad de CMH.

**INFORMACIÓN DE CONTACTO****Oficial de Privacidad**

The Children's Mercy Hospital  
Attn: Privacy Officer  
2401 Gillham Road  
Kansas City, MO 64108  
816-234-3455  
[PrivacyOfficer@cmh.edu](mailto:PrivacyOfficer@cmh.edu)

**Departamento de Manejo de la Información de Salud**

The Children's Mercy Hospital  
Attn: HIM Director  
2401 Gillham Road  
Kansas City, MO 64108  
816-701-4573

**Departamento de Acceso y Servicios para el Paciente**

The Children's Mercy Hospital  
Attn: Patient Access Department  
2401 Gillham Road  
Kansas City, MO 64108  
816-234-3567

**Fecha efectiva: 1 de enero del 2018**



## **AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN**

El hospital Children's Mercy en cumplimiento con las leyes de derechos civiles federales no discrimina en base a raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo. El hospital Children's Mercy no excluye a personas o los trata diferente debido a raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo.

El hospital Children's Mercy:

- Brinda servicios y ayuda gratuita a las personas con discapacidades para que se comuniquen de forma efectiva con nosotros, por ejemplo:
  - Intérpretes de señas calificados
  - Información escrita en otros formatos (impresiones grandes, audio, formatos electrónicos accesibles u otros formatos)
- Brinda servicios de interpretación gratis a las personas que no tienen el inglés como idioma principal, por ejemplo:
  - Intérpretes médicos calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Departamento de Servicios de Interpretación del hospital Children's Mercy al 816-234-3474.

Si ha indicado que necesita los servicios de un intérprete cuando programe una su cita, se coordinarán los servicios de un intérprete para usted con anticipación. Sin embargo, si necesita los servicios de interpretación en otro momento, por favor comuníquese con el hospital Children's Mercy al número que aparece arriba.

Si cree que el hospital Children's Mercy no ha cumplido en brindar estos servicios o ha discriminado de alguna forma en base a raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja con:

Departamento de Representante del Paciente  
2401 Gillham Road  
Kansas City, MO 64108  
Teléfono: 816-234-3119  
Fax: 816-460-1091  
Correo electrónico: [patientadvocate@cmh.edu](mailto:patientadvocate@cmh.edu)

Puede presentar una queja en persona, por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Departamento de Representante del Paciente está disponible para ayudarlo.

También puede presentar un queja de derechos civiles al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, 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 a:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
1-800-868-1019, 800-537-7697 (TDD)

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



Oromo	Children's Mercy Seera hariiroo hawwaasummaa Federaalaan wal qabatan sanyiidhaan, bifaan, dhiigaan, umriidhaan, hiri'ina qaamaan, yookiin koomiyaadhaan hin loogu. XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 816-234-3474.
Portuguese	Children's Mercy cumpre as leis de direitos civis federais aplicáveis e não exerce discriminação com base na raça, cor, nacionalidade, idade, deficiência ou sexo. ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 816-234-3474.
Amharic	Children's Mercy የፌዴራል ሲቪል መብቶችን መብት የሚያከብር ሊሆን ለምትችልበት ሰነድ፣ ሰነድ ቀለም፣ ሰነድ ሃረግ፣ በእድሜ፣ በእኩል ጉዳት ወይም በጾታ ማዕከላዊ ለውጥ አያገለግልም። ማሳሰቢያ፡ የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም አርዳታ ደርጅቶቹ፣ በነጻ ሊያገኙዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚክሳው ቁጥር ይደውሉ 816-234-3474.
Japanese	Children's Mercy は適用される連邦公民権法を遵守し、人種、肌の色、出身国、年齢、障害または性別に基づく差別をいたしません。注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。816-234-3474 まで、お電話にてご連絡ください。
Russian	Children's Mercy соблюдает применимое федеральное законодательство в области гражданских прав и не допускает дискриминации по признакам расы, цвета кожи, национальной принадлежности, возраста, инвалидности или пола. ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 816-234-3474.
Hmong	Children's Mercy ua raws cov kev caijij choj yuam siv ntawm Tsom Fwv Nrub Nrab Teb Chaw hais txog pej xeem cov cai (Federal civil rights laws) thiab tsis ciav-cais leejtwg vim nws hom neeg, nqajj tawv, lub tebhaws tnej, huub nyoog, kev tsis taus, los yog poj niam txiv. LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 816-234-3474.
Swahili	Children's Mercy ametimiza mahitaji ya sheria za serikali kuu na hana ubaguzi wa kikabila, rangi, asili, umri, ilemavu ama jinsia. KUMBUKA: Ikiwa unazungumza Kiswahili, unaweza kupata, huduma za lugha, bila malipo. Piga simu 816-234-3474.