



Colorado Center  
for **Arthritis & Osteoporosis**, LLC

Jeffrey D. Perkins, MD PhD  
Joseph R. Lutt, MD  
Nguyet-Anh (Theresa) Tran, MD  
Shiraz Moinuddin, MD  
Jill E. Gibson, MD  
Prateek Chaudhary, DO  
Melissa A. Wells, MD  
Nicole S. Swavely, MD  
Jonathan R. Kruger, MD

*BOARD CERTIFIED IN RHEUMATOLOGY*

Carson E.P. Maynard, DO

*BOARD ELIGIBLE IN RHEUMATOLOGY*

Bienvenido a Colorado Centro de Artritis y Osteoporosis, LLC. Nuestro compromiso con usted y con su medico de referencia es proporcionar la mas alta calidad, mas eficiente, y atento servicio posible. Por favor lea, y siga la lista de comprobacion de abajo.

Esperamos contar con su visita!

Primera visita, lista de comprobacion:

- 1. Traiga su Cuestionario de Salud completado\*.
- 2. Traiga su tarjeta(s) de seguro.
- 3. Traiga su identificacion con foto.
- 4. Traiga sus registros medicos (si le corresponde)
- 5. Este preparado para pagar su co-seguro y copago\*\*.
- 6. Llegar de 10-15 minutos antes de su cita programada\*\*\*.**

\*Por favor recuerde: usted debe tener su Cuestionario de Salud COMPLETADO, con el fin de ser visto.

\*\*Porfavor complete el paquete usando tinta azul o negra SOLAMENTE.

**\*\*\*Debido a los cambios relacionados con la ley de Asistencia Asequible, necesitamos coleccionar copagos y co-seguros el mismo dia de su cita, de lo contrario tendremos que reprogramar su cita.**

\*\*\*Debido a la longitud y complejidad de su nueva consulta, los pacientes que lleguen tarde pueden necesitar ser reprogramados.

**LONGMONT**

1715 Iron Horse Drive  
Suite 100  
Longmont, CO 80501

**BOULDER**

1840 Folsom  
Suite 105  
Boulder, CO 80302

**BROOMFIELD**

2095 West 6th Avenue  
Suite 106  
Broomfield, CO 80020

**WHEAT RIDGE**

3455 Lutheran Parkway  
Suite 100  
Wheat Ridge, CO 80033

**NORTHGLENN**

11990 Grant St  
Suite 108  
Northglenn, CO 80233

# Colorado Center for Arthritis & Osteoporosis

## Informacion del Nuevo Paciente

Fecha de primer cita: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer M.I.

Direccion: \_\_\_\_\_ Correo Electronico: \_\_\_\_\_  
STREET Apt. # CITY STATE ZIP

Telefono(s): Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Primer Lenguaje (circular uno): Ingles Espanol Otro: \_\_\_\_\_

Raza/Etnicidad (circular uno): Caucasico Hispano Asiatico Afro Americano Americano Nativo Chino Filipino Japonés  
Hawaiano Nativo Islas del Pacifico Multi-Racial Negarse a contestar Otro: \_\_\_\_\_

Referido por (circular uno): Usted mismo/a Familia Amigo Doctor Otro Profesional Medico

Nombre de persona que lo refirio: \_\_\_\_\_

Nombre de doctor primario (general o doctor familiar): \_\_\_\_\_

Tiene cirujano orthopedico? \_\_\_\_\_ (si lo hay) nombre: \_\_\_\_\_

Una carta de referencia sera enviada ha su proveedor de atencion primaria y el medico que lo refirio (si lo hay) Por favor escriba cualquier otro proveedor que le gustaría que reciba una carta ha continuación:

Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
Direccion: \_\_\_\_\_ Direccion: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Sintomas Actuales

Describe los sintomas que lo trajo ha esta consulta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha aproximada en que comenzaron los síntomas: \_\_\_\_\_ Los síntomas cada vez mejor, peor, o se mantiene igual (circular uno)?

Que diagnosticos a recibido? \_\_\_\_\_

Que tratamientos (distintos de los medicamentos, que se le daran mas adelante) a recibido? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Por favor escriba otros profesionales que usted ha visto para este problema:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Revisión de Sistemas (comprobar si tiene estos síntomas)

### General:

- \_\_\_\_\_ Ganancia de peso reciente
- \_\_\_\_\_ Pérdida de peso reciente
- \_\_\_\_\_ Fatiga
- \_\_\_\_\_ Fiebre
- \_\_\_\_\_ Sudores nocturnos

### Ojos:

- \_\_\_\_\_ Dolor ( L R )
- \_\_\_\_\_ Rojez ( L R )
- \_\_\_\_\_ Pérdida de visión ( L R )
- \_\_\_\_\_ Visión doble
- \_\_\_\_\_ Visión borrosa
- \_\_\_\_\_ Sequedad
- \_\_\_\_\_ Picazón

### Orejas, Nariz and Garganta:

- \_\_\_\_\_ Pérdida de la audición (L R)
- \_\_\_\_\_ Hemorragias nasales
- \_\_\_\_\_ Llagas en la boca
- \_\_\_\_\_ Boca seca
- \_\_\_\_\_ Dificultad para deglutir

### Pulmones:

- \_\_\_\_\_ Dificultad para respirar
- \_\_\_\_\_ Tos
- \_\_\_\_\_ Tos con sangre
- \_\_\_\_\_ Las sibilancias
- \_\_\_\_\_ Ronquidos fuertes

### Corazón:

- \_\_\_\_\_ Dolores de pecho
- \_\_\_\_\_ Latido del corazón irregular
- \_\_\_\_\_ Retención de líquidos en las piernas o los pies
- \_\_\_\_\_ Soplos del corazón
- \_\_\_\_\_ Los dedos o dedos de los pies se vuelven azules/blanco en el frío

### Alergica/Inmunológica:

- \_\_\_\_\_ Fiebre alta
- \_\_\_\_\_ Infección reciente
- \_\_\_\_\_ Infección frecuente

### Estómago y los intestinos:

- \_\_\_\_\_ Náusea
- \_\_\_\_\_ Vómitos
- \_\_\_\_\_ Vómito de sangre o material
- \_\_\_\_\_ Acidez
- \_\_\_\_\_ Dolor de estómago
- \_\_\_\_\_ Diarrea
- \_\_\_\_\_ Estreñimiento
- \_\_\_\_\_ Sangre en las heces

### Urinario y reproductivo:

- \_\_\_\_\_ Dolor o ardor al orinar
- \_\_\_\_\_ Micción frecuente
- \_\_\_\_\_ Micción durante la noche (# De veces)
- \_\_\_\_\_ Sangre en la orina
- \_\_\_\_\_ Erupciones genitales
- \_\_\_\_\_ Úlceras genitales

### Solo Hombres::

- \_\_\_\_\_ Secreción del pene
- \_\_\_\_\_ Dificultad con las erecciones

### Solo Mujeres:

- \_\_\_\_\_ Sequedad vaginal
- \_\_\_\_\_ Número de embarazos
- \_\_\_\_\_ Número de abortos involuntarios
- \_\_\_\_\_ Edad en la cual los periodos pararon (menopausia)
- \_\_\_\_\_ Fue la menopausia natural o quirúrgica
- \_\_\_\_\_ Se ha quitado los ovarios ?

### Sangre/La linfa:

- \_\_\_\_\_ Anemia
- \_\_\_\_\_ Globulitos blancos bajos
- \_\_\_\_\_ Bajo nivel de plaquetas
- \_\_\_\_\_ Tendencia al sangrado
- \_\_\_\_\_ Coágulos de sangre

### Endocrina:

- \_\_\_\_\_ Intolerante al frío
- \_\_\_\_\_ Intolerante al calor

### Sistema Nervioso:

- \_\_\_\_\_ Dolores de cabeza
- \_\_\_\_\_ Mareo
- \_\_\_\_\_ Desmayo / Pérdida del conocimiento
- \_\_\_\_\_ Convulsiones
- \_\_\_\_\_ El entumecimiento u hormigueo en las manos
- \_\_\_\_\_ El entumecimiento u hormigueo en los pies
- \_\_\_\_\_ Pérdida de memoria
- \_\_\_\_\_ Dificultad para concentrarse
- \_\_\_\_\_ Dificultad con el equilibrio
- \_\_\_\_\_ Dificultad para conciliar el sueño
- \_\_\_\_\_ Dificultad para permanecer dormido

### Psiquiátrico:

- \_\_\_\_\_ Depresión
- \_\_\_\_\_ Ansiedad

### Piel:

- \_\_\_\_\_ Erupción
- \_\_\_\_\_ Urticaria
- \_\_\_\_\_ Sensibilidad al sol
- \_\_\_\_\_ Llagas o úlceras
- \_\_\_\_\_ Pérdida de cabello

### Musculo/Huesos/Articulaciones:

- \_\_\_\_\_ Debilidad muscular
- \_\_\_\_\_ Dolor muscular
- \_\_\_\_\_ Dolor De Cuello
- \_\_\_\_\_ Dolor De Espalda
- \_\_\_\_\_ Rigidez matutina, cuanto tiempo? Minutos / Horas
- \_\_\_\_\_ Dolor en las articulaciones
- \_\_\_\_\_ Inflamación de las articulaciones
- \_\_\_\_\_ Enrojecimiento de la articulación
- \_\_\_\_\_ Articulaciones afectadas en los últimos 6 meses:

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer M.I.

## Historial Medico Personal (comprobar si alguna vez ha tenido estas condiciones)

Condiciones artríticas:

\_\_\_\_\_ Osteoartritis      \_\_\_\_\_ Artritis reumatoide      \_\_\_\_\_ Espondilitis anquilosante      \_\_\_\_\_ Osteoporosis  
\_\_\_\_\_ Lupus      \_\_\_\_\_ Artritis      \_\_\_\_\_ Artritis en la ninez      \_\_\_\_\_ Osteopenia  
\_\_\_\_\_ Gota      \_\_\_\_\_ Fibromialgia

Otras condiciones:

\_\_\_\_\_ Epilepsia / convulsiones      \_\_\_\_\_ Problemas de corazon      \_\_\_\_\_ Enfermedad del rinon      \_\_\_\_\_ Tuberculosis  
\_\_\_\_\_ Migranias      \_\_\_\_\_ Hipertension      \_\_\_\_\_ Asma      \_\_\_\_\_ Diabetes  
\_\_\_\_\_ Enfisema      \_\_\_\_\_ Colesterol Alto      \_\_\_\_\_ Cataratas      \_\_\_\_\_ Fiebre reumatica  
\_\_\_\_\_ Depresion      \_\_\_\_\_ Carrera      \_\_\_\_\_ Glucoma      \_\_\_\_\_ Tiroides hipoactiva  
\_\_\_\_\_ Desorden bipolar      \_\_\_\_\_ Psoriasis      \_\_\_\_\_ Ulceras estomacales      \_\_\_\_\_ Hiperactividad de la tiroides  
\_\_\_\_\_ Cancer      \_\_\_\_\_ Enfermedad celiaca      \_\_\_\_\_ Hiperparatiroidismo

Tipo: \_\_\_\_\_

Otras enfermedades importantes

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Historial quirurgico

Tipo de Operacion	Ano	Rason
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Lesiones graves / accidentes ? **Y** **N** Describir: \_\_\_\_\_

## Mantenimiento de la Salud

Fecha de ultima fisica: \_\_\_\_\_ Fecha de ultima densitometria (DXA): \_\_\_\_\_

Fecha de ultimo examen de ojos: \_\_\_\_\_ Fecha de ultima prueba de piel TB \_\_\_\_\_ Resultado: + -

## Salud de los huesos

Alguna vez has roto un hueso? **Y** **N** Si es asi, cuando, como y que hueso: \_\_\_\_\_

Que estatura mas alta usted ha estado? \_\_\_\_\_ Ha perdido peso? **Y** **N** Si es asi, cuanto? \_\_\_\_\_

Alguna vez has tomado prednisona o esteroide similar por mas de unas pocas semanas a la vez? **Y** **N** Si es asi, cuanto, como, que cantidad, y cual fue la rason? \_\_\_\_\_

Alguien en su familia tiene osteoporosis? **Y** **N** Si es asi, quien? \_\_\_\_\_

Alguien en su familia a roto la cadera? **Y** **N** Si es asi, quien? \_\_\_\_\_



Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer M.I.

## Habitos

Alguna vez ha fumado? \_\_\_\_\_ Si es asi, en que ano empezo? \_\_\_\_\_ Cuantos paquetes por dia? \_\_\_\_\_

Si ha dejado de fumar, cuando dejo de fumar? \_\_\_\_\_

Bebe bebidas alcoholicas? \_\_\_\_\_ Si es asi, cuanto por dia? \_\_\_\_\_ Por semana? \_\_\_\_\_

Utiliza alguna "droga de la calle" o medicamentos recetados por razones no medicas? \_\_\_\_\_

Si es asi, que drogas? \_\_\_\_\_ Alguna vez a usado drogas intravenosas? \_\_\_\_\_

Hace ejercicio regularmente? \_\_\_\_\_ Si es asi, que es su rutina de ejercicios:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Historial Social

Donde nacio: \_\_\_\_\_ Donde crecio: \_\_\_\_\_

Estado civil actual (circular uno): **Nunca casado** **Casado** **Viudo** **Divorciado** **Separado** **Asociacion domestica**

Pareja/alguien importante: \_\_\_\_\_ Enfermedad principal de pareja: \_\_\_\_\_

Quien mas vive en su hogar: \_\_\_\_\_

Nivel educacional: **No termino H.S.** **H.S. Graduado** **Alguna educacion superior**  
**Licenciatura** **Grado Maestro** **Doctorado (que tipo)** \_\_\_\_\_

Ocupacion: \_\_\_\_\_ Actualmente Empleado? \_\_\_\_\_ Cuantas horas por semana: \_\_\_\_\_

Su estado de salud interfiere con su capacidad para hacer su trabajo? \_\_\_\_\_

Recibe ingresos por incapacidad? \_\_\_\_\_ Esta usted solicitando la discapacidad? \_\_\_\_\_

## Historial Familiar

	Si vive		Si ha fallecido	
	Edad	Salud actual	Edad que fallecio	Causa
Padre				
Madre				

Numero de hermanos \_\_\_\_\_ Cuantos viven \_\_\_\_\_ Numero de hermanas \_\_\_\_\_ Cuantas viven \_\_\_\_\_

Enfermedades graves en los hermanos: \_\_\_\_\_

Numero de hijos \_\_\_\_\_ Cuantos viven \_\_\_\_\_ Edades: \_\_\_\_\_

Enfermedades graves en los hijos \_\_\_\_\_

Tiene usted algun pariente de sangre que ha tenido(cual es la relacion): \_\_\_\_\_ Cancer (que tipo) \_\_\_\_\_

Artritis Reumatoide \_\_\_\_\_ Fibromialgia \_\_\_\_\_ Stroke \_\_\_\_\_

Espondilitis anquilosante \_\_\_\_\_ Lupus \_\_\_\_\_ Asma \_\_\_\_\_

Osteoartritis \_\_\_\_\_ Osteoporosis \_\_\_\_\_ Tendencia al sangrado \_\_\_\_\_

Gota \_\_\_\_\_ Problemas de corazon \_\_\_\_\_ Alcolismo \_\_\_\_\_

Artritis en la ninez \_\_\_\_\_ Hipertension \_\_\_\_\_ Psoriasis \_\_\_\_\_

Artritis (tipo desconocido) \_\_\_\_\_ Depresion \_\_\_\_\_ Diabetes \_\_\_\_\_



Colorado Center  
for Arthritis & Osteoporosis, LLC

## Reconocimiento de Aviso de Practicas de Privacidad

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

**Yo reconozco que he recibido de Colorado Centro de Artritis y Osteoporosis, Aviso de Practicas de Privacidad de LLC.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representate del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Guardian Legal  
(Si el paciente es menor de 18 anos)

\_\_\_\_\_  
Fecha



Colorado Center  
for Arthritis & Osteoporosis, LLC

## Política Financiera

---

Gracias por elegirnos como su proveedor para sus necesidades de reumatología. Nuestro compromiso con usted y con su médico de referencia es proporcionar la más alta calidad, y el servicio más eficiente y atento posible.

La siguiente política se proporciona para aclarar la responsabilidad financiera para usted y su aseguradora por los servicios que recibe de nuestra práctica, y para asegurarnos de cumplir con las leyes aplicables. Lea por completo, haga las preguntas que pueda tener y regístrese en el espacio provisto. Se proporcionará una copia a pedido.

Su compañía de seguros define su elegibilidad y beneficios. CCAO facturará su compañía de seguros primaria y secundaria (si corresponde) por los servicios brindados. Si tiene copago, coseguro y / o deducible, debe pagar esos montos, ya que son su responsabilidad.

### **Pagos adeudados al momento del servicio (al momento de su visita):**

Consulta: determinaremos un costo estimado (aplicado a copago / coseguro / deducible) de acuerdo con su plan de seguro. En caso de que pago insuficiente o excesivo, recibirá un extracto con el saldo restante o un cheque de reembolso.

Copago: adeudado en cada visita

Pago por cuenta propia: calcularemos el monto adeudado por su visita

Saldos actuales: si tiene saldo pendiente de pago, deberá pagarlo durante su visita

Seguro no contratado (fuera de la red): si CCAO no tiene contrato con su compañía de seguros de salud, usted será responsable de todos los cargos no cubiertos por su plan de seguro de salud.

Una vez que CCAO haya recibido el reclamo / pago procesado de su seguro, se le enviará por correo una declaración con los cargos restantes por los servicios cubiertos y no cubiertos. El pago se espera en su totalidad dentro de los 30 días de la recepción del estado de cuenta. A menos que CCAO apruebe otros arreglos, los pagos no recibidos dentro de los 30 días recibirán una tarifa de reposición de \$20.00 por cada 30 días no pagados y están sujetos a cobros.

Su firma a continuación confirma que ha leído la política anterior y acepta la responsabilidad financiera por los servicios prestados por Colorado Centro de Artritis y Osteoporosis. Este documento no puede ser alterado.

### **SELECCIONAR UNO:**

\_\_\_\_\_ CCAO puede facturar a mi seguro directamente y mi seguro puede pagar directamente a CCAO por servicios médicos.

\_\_\_\_\_ Declino asignar mis beneficios de seguro a CCAO. Soy consciente de que seré responsable del pago en el momento del servicio y de la recolección de los beneficios de mi seguro.

Nombre de Paciente (imprimir): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de la parte responsable: \_\_\_\_\_  
(Padre o tutor legal si es menor de 18 años)





## COLORADO CENTER FOR ARTHRITIS AND OSTEOPOROSIS, LLC

### DIVULGACION DE INFORMACION MEDICA Y FACTURACION DE CONTACTOS PERSONALES

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

*Bajo la ley federal, la informacion protegida de salud del paciente no puede ser compartida con otras personas, incluso miembros de la familia, sin el permiso explícito del paciente. Esto significa que si un miembro de la familia u otra persona nos llama para hablar de cualquier aspecto de su atencion medica, tales como los resultados de pruebas o un mensaje de su medico, no podemos hablar de esto con ellos sin su permiso explícito. Si desea que nos conceda el permiso para hablar sobre su informacion medica o de facturacion con un miembro de la familia u otra persona de confianza, por favor completar y firmar este formulario. Además, si usted se siente comodo que dejemos esta informacion en su correo de voz, por favor indicar a continuacion. Si desea revocar este permiso en cualquier momento, debe hacerlo por escrito.*

PERMISO DE HABLAR DE SU INFORMACION MEDICA Y FINANCIERA CON OTROS

**Yo doy permiso a CCAO para hablar de mi informacion medica y/o financiera con los siguientes contactos personales:**

Nombre	Telefono	Su Relacion	Medica	Financiera
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**-O-**  
 **NO doy permiso a CCAO para hablar de mi informacion medica y/o financiera con contactos personales.**

PERMISO DE DEJAR INFORMACION MEDICA EN SU CORREO DE VOZ

**Doy mi permiso para que CCAO deje informacion medica privilegiada al siguiente numero de correo de voz:**

Numero de correo de voz: \_\_\_\_\_

**-O-**  
 **NO doy permiso para que CCAO deje informacion medica privilegiada en mi correo de voz.**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Guardian Legal  
(Si el paciente es menor de 18 anos)

\_\_\_\_\_  
Fecha

## **Discrimination is Against the Law**

Colorado Center for Arthritis and Osteoporosis complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Colorado Center for Arthritis and Osteoporosis does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Colorado Center for Arthritis and Osteoporosis:

- Provides free aids 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, contact **Jess Houwen**

If you believe that Colorado Center for Arthritis and Osteoporosis 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: Jess Houwen, Civil Rights Coordinator, 1715 Iron Horse Dr, Ste 100; Longmont, CO 80501, Phone: 720-494-4700, Fax: 720-494-4706, [office@ccao.net](mailto:office@ccao.net). You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, Jess Houwen, 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, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

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

## Appendix B to Part 92—Taglines Informing Individuals With Limited English Proficiency of Language Assistance Services

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 303-485-5200.

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 303-485-5200.

注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 303-485-5200。

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 303-485-5200 번으로 전화해 주십시오.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 303-485-5200.

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 303-485-5200.

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 303-485-5200

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 303-485-5200.

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 303-485-5200.

ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्त भाषा सहायता सेवाहरू नि:शुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् 303-485-5200 ।

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 303-485-5200.

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。303-485-5200まで、お電話にてご連絡ください。

XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 303-485-5200.

با.باشد یم فراهم شما یراگان یرا بصورت یر زبان لاتیتسه، دیکن یم گفتگو یر فارس زبان به اگر: توجه  
303-485-5200 یر یرگ تماس

Dè dɛ nìà kɛ dyédé gbo: ɔ jù ké m̀ [Bàsòò-wùdù-po-nyò] jù ní, nìí, à wuɖu kà kò dọ̀ po-poò béin m̀ gbo kpáa.  
Đá 303-485-5200

Ige nti: O buru na asu Ibo asusu, enyemaka diri gi site na call 303-485-5200.

AKIYESI: Ti o ba nso ede Yoruba ofe ni iranlowo lori ede wa fun yin o. E pe ero ibanisoro yi 303-485-5200