

توكيل الرعاية الصحية

تعيين وكيل الرعاية الصحية الخاص بك في ولاية
نيويورك

يسمح لك قانون وكيل الرعاية الصحية في نيويورك بتعيين شخص تثق به- مثل أحد أفراد العائلة أو صديق مقرب- لاتخاذ قرارات الرعاية الصحية نيابة عنك إذا فقدت القدرة على اتخاذ القرارات بنفسك. من خلال تعيين وكيل رعاية صحية، يمكنك التأكد من أن مقدمي الرعاية الصحية يتبعون رغباتك. ويمكن لوكيلك أيضاً أن يقرر كيفية تطبيق رغباتك مع تغير حالتك الطبية. يجب على المستشفيات والأطباء ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين اتباع قرارات وكيلك كما لو كانت قراراتك. يمكنك أن تمنح الشخص الذي تختاره كوكيل للرعاية الصحية قدرًا ضئيلاً من السلطة أو بقدر ما تريد. يمكنك السماح لوكيلك باتخاذ جميع قرارات الرعاية الصحية أو اتخاذ قرارات معينة فقط. يمكنك أيضاً إعطاء وكيلك تعليمات يجب عليه اتباعها. يمكن أيضاً استخدام هذا النموذج لتوثيق رغباتك أو تعليماتك فيما يتعلق بالتبرع بالأعضاء الجسدية و/أو الأنسجة.



CHOICESM
Health Plans

حول نموذج توكيل الرعاية الصحية

إن هذه وثيقة قانونية مهمة. قبل التوقيع، يجب أن تدرك الحقائق التالية:

1. يمنح هذا النموذج الشخص الذي تختاره كوكيلك سلطة اتخاذ جميع قرارات الرعاية الصحية نيابة عنك، بما في ذلك قرار إزالة أو توفير العلاج الذي يحافظ على الحياة، ما لم تذكر خلاف ذلك في هذا النموذج. "الرعاية الصحية" تعني أي علاج أو خدمة أو إجراء لتشخيص أو علاج حالتك الجسدية أو العقلية.
2. ما لم يكن وكيلك يعلم بشكل معقول رغباتك بشأن التغذية الاصطناعية والترطيب (التغذية والمياه التي يتم توفيرها بواسطة أنبوب التغذية أو خط الوريد)، فلن يُسمح له أو لها برفض هذه الإجراءات أو الموافقة عليها نيابةً عنك.
3. سيبدأ وكيلك في اتخاذ قرارات نيابة عنك عندما يقرر طبيبك أنك غير قادر على اتخاذ قرارات الرعاية الصحية بنفسك.
4. يمكنك كتابة أمثلة على هذا النموذج لأنواع العلاجات التي لا ترغب فيها و/أو تلك العلاجات التي تريد التأكد من تلقيها. يمكن استخدام التعليمات للحد من سلطة اتخاذ القرار للوكيل. يجب أن يتبع وكيلك تعليماتك عند اتخاذ القرارات نيابة عنك.
5. لست بحاجة إلى محامٍ لتعبئة هذا النموذج.
6. يمكنك اختيار أي شخص بالغ (يبلغ من العمر 18 عامًا أو أكثر) ليكون وكيلك، بما في ذلك أحد أفراد العائلة أو صديق مقرب. إذا اخترت طبيباً كوكيل لك، فسيتمتع عليه أو عليها الاختيار بين العمل كوكيل لك أو كطبيب معالج لك لأن الطبيب لا يمكنه القيام بالأمرين معاً في نفس الوقت. إضافة إلى ذلك، إذا كنت مريضاً أو مقيماً في مستشفى أو دار رعاية أو مرفق صحة عقلية، فهناك قيود خاصة بشأن تسمية شخص يعمل في تلك المنشأة كوكيل لك. اطلب من الموظفين في المنشأة شرح هذه القيود.
7. قبل تعيين شخص ما كوكيل رعايتك الصحية، ناقش الأمر معه أو معها للتأكد من استعداده للعمل كوكيل لك. أخبر الشخص الذي تختاره أنه سيكون وكيل الرعاية الصحية الخاص بك. ناقش رغبات الرعاية الصحية الخاصة بك وهذا النموذج مع وكيلك. تأكد من إعطائه نسخة موقعة. لا يمكن مقاضاة وكيلك بسبب قرارات الرعاية الصحية المتخذة بحسن نية.
8. إذا قمت بتسمية زوجتك كوكيل للرعاية الصحية الخاص بك ثم أصبحت فيما بعد مطلقاً أو منفصلاً قانونياً، فلن يكون زوجك السابق وكيلك بموجب القانون، ما لم تذكر خلاف ذلك. إذا كنت ترغب في أن يظل زوجك/زوجتك السابق/ة وكيل/ة لك، فيمكنك تدوين ذلك في نموذجك الحالي ووضع التاريخ أو إكمال نموذج جديد لتسمية زوجك/زوجتك السابق/ة.
9. على الرغم من توقيعك على هذا النموذج، يحق لك اتخاذ قرارات الرعاية الصحية بنفسك ما دمت قادراً على القيام بذلك، ولا يمكن تقديم العلاج لك أو إيقافه إذا اعترضت، ولن يكون لوكيلك أي سلطة على موضوع.
10. يمكنك إلغاء التفويض الممنوح لوكيلك عن طريق إخباره أو إخبار مقدم الرعاية الصحية الخاص بك شفهيًا أو كتابياً.
11. إن تعيين وكيل الرعاية الصحية هو أمر طوعي. ولا أحد يستطيع أن يطلب منك تعيين واحد.
12. يمكنك التعبير عن رغباتك أو تعليماتك بخصوص التبرع بالأعضاء الجسدية و/أو الأنسجة في هذا النموذج.

الأسئلة المتداولة

لماذا يجب علي اختيار وكيل الرعاية الصحية؟

إذا أصبحت غير قادر، ولو مؤقتاً، على اتخاذ قرارات الرعاية الصحية، يجب أن يقرر شخص آخر نيابة عنك. غالباً ما يبحث مقدمو الرعاية الصحية عن أفراد الأسرة للحصول على إرشادات. قد يعبر أفراد العائلة عما يعتقدون أن رغباتك مرتبطة بمعاملة معينة. يتيح لك تعيين وكيل التحكم في علاجك الطبي من خلال:

- اتخاذ قرارات الرعاية الصحية نيابة عنك كما تريد؛
- اختيار شخص واحد لاتخاذ قرارات الرعاية الصحية لأنك تعتقد أن هذا الشخص سيتخذ أفضل القرارات؛
- اختيار شخص واحد لتجنب الصراع أو الخلط بين أفراد الأسرة و/أو الآخرين المهمين.

يمكنك أيضاً تعيين وكيل بديل لتولي المسؤولية إذا كان الوكيل الذي هو في خيارك الأول لا يمكنه اتخاذ قرارات نيابة عنك.

من يمكنه أن يكون وكيل رعاية صحية؟

يمكن لأي شخص يبلغ من العمر 18 عاماً أو أكثر أن يكون وكيل رعاية صحية. لا يمكن للشخص الذي تعينه كوكيلك أو وكيلك البديل التوقيع كشاهد على نموذج وكيل الرعاية الصحية الخاص بك.

كيف يمكنني تعيين وكيل رعاية صحية؟

يمكن لجميع البالغين المؤهلين، الذين تبلغ أعمارهم 18 عاماً أو أكثر، تعيين وكيل رعاية صحية من خلال التوقيع على نموذج يسمى توكيل الرعاية الصحية. لست بحاجة إلى محام أو كاتب عدل، فقط شاهدين بالغين. لا يمكن لوكيلك التوقيع كشاهد. يمكنك استخدام النموذج المطبوع هنا، ولكن ليس عليك استخدام هذا النموذج.

متى سيبدأ وكيل الرعاية الصحية الخاص بي في اتخاذ قرارات الرعاية الصحية من أجلي؟

سيبدأ وكيل الرعاية الصحية في اتخاذ قرارات الرعاية الصحية بعد أن يقرر طبيبك أنك غير قادر على اتخاذ قرارات الرعاية الصحية الخاصة بك. طالما أنك قادر على اتخاذ قرارات الرعاية الصحية لنفسك، فسيكون لك الحق في القيام بذلك.

ما هي القرارات التي يمكن أن يتخذها وكيل الرعاية الصحية الخاص بي؟

ما لم تحد من سلطة وكيل الرعاية الصحية الخاص بك، فسيكون وكيلك قادراً على اتخاذ أي قرار رعاية صحية كان يمكن أن تتخذه إذا كنت قادراً على اتخاذ القرار بنفسك. يمكن لوكيلك الموافقة على تلقي العلاج، والاختيار من بين العلاجات المختلفة، ويمكن أن يقرر أنه لا ينبغي تقديم العلاجات وذلك وفقاً لرغباتك واهتماماتك. ومع ذلك، يمكن لوكيلك فقط اتخاذ قرارات بشأن التغذية الاصطناعية والترطيب (التغذية والمياه التي يتم توفيرها عن طريق أنبوب التغذية أو الوريد) إذا كان يعرف أو تعرف رغباتك مما قلته أو مما كتبت. لا يمنح نموذج توكيل الرعاية الصحية وكيالك سلطة اتخاذ قرارات غير متعلقة بالرعاية الصحية نيابة عنك، مثل القرارات المالية.

لماذا أحتاج إلى تعيين وكيل رعاية صحية إذا كنت شاباً وأتمتع بصحة جيدة؟

يعد تعيين وكيل رعاية صحية فكرة جيدة حتى لو لم تكن مسناً أو مريضاً بمرض عضال. يمكن لوكيل الرعاية الصحية التصرف نيابة عنك إذا أصبحت غير قادر مؤقتاً على اتخاذ قرارات الرعاية الصحية الخاصة بك (مثل قد يحدث ذلك إذا كنت تحت التخدير العام أو أصبحت في غيبوبة بسبب حادث). عندما تصبح قادراً مرة أخرى على اتخاذ قرارات الرعاية الصحية الخاصة بك، لن يُسمح لوكيل الرعاية الصحية الخاص بك بالتصرف.

كيف سيتخذ وكيل الرعاية الصحية الخاص بي القرارات؟

يجب أن يتبع وكيلك رغباتك، وكذلك معتقداتك الأخلاقية والدينية. يمكنك كتابة التعليمات على نموذج توكيل الرعاية الصحية الخاص بك أو ببساطة مناقشتها مع وكيلك.

الأسئلة المتداولة، يُتبع

كيف سيعرف وكيل الرعاية الصحية الخاص بي رغباتي؟

إن إجراء مناقشة مفتوحة وصريحة حول رغباتك مع وكيل الرعاية الصحية الخاص بك سيضعه في وضع أفضل لخدمة اهتماماتك. إذا كان وكيلك لا يعرف رغباتك أو معتقداتك، فإن وكيلك ملزم قانوناً بالتصرف في مصلحتك الفضلى. نظرًا لأن هذه مسؤولية كبيرة بالنسبة للشخص الذي تعينه كوكيل للرعاية الصحية، يجب أن تجري مناقشة مع الشخص حول أنواع العلاجات التي قد ترغب فيها أو لا تريدها في ظل ظروف مختلفة، مثل:

- ما إذا كنت ترغب في بدء/استمرار/إزالة دعم الحياة إذا كنت في غيبوبة دائمة؛
- ما إذا كنت ترغب في بدء/استمرار/إزالة العلاجات إذا كنت تعاني من مرض عضال؛
- ما إذا كنت تريد بدء التغذية الاصطناعية والترطيب/حببها أو استمرارها أو سحبها وتحت أي ظروف.

هل يمكن لوكيل الرعاية الصحية الخاص بي نقض رغباتي أو تعليمات العلاج السابقة؟

لا، وكيلك ملزم باتخاذ قرارات بناءً على رغباتك. إذا أعربت بوضوح عن رغبات معينة، أو أعطيت تعليمات علاجية معينة، فمن واجب وكيلك اتباع تلك الرغبات أو التعليمات ما لم يكن لديه/لديها أساس حسن النية للاعتقاد بأن رغباتك قد تغيرت أو لا تنطبق على الظروف.

من الذي سينتبه إلى وكيلتي؟

جميع المستشفيات ودور رعاية المسنين والأطباء ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين ملزمون قانوناً بتزويد وكيل الرعاية الصحية الخاص بك بنفس المعلومات التي سيتم توفيرها لك واحترام قرارات وكيلك كما لو كنت قد اتخذتها. إذا اعترضت المستشفى أو دار رعاية المسنين على بعض خيارات العلاج (مثل إزالة علاج معين)، فيجب عليهم إخبارك أنت أو وكيلك قبل أو عند الدخول، وإذا كان ذلك ممكناً بشكل معقول.

ماذا لو لم يكن وكيل الرعاية الصحية الخاص بي متوفر عند اتخاذ القرارات؟

يمكنك تعيين وكيل بديل ليقرر لك ما إذا كان وكيل الرعاية الصحية الخاص بك غير متوفر أو غير قادر أو غير راغب في التصرف عندما يجب اتخاذ القرارات. خلاف ذلك، سيتخذ مقدمو الرعاية الصحية قرارات الرعاية الصحية نيابة عنك والتي تتبع التعليمات التي قدمتها بينما كنت لا تزال قادرًا على القيام بذلك. وأي تعليمات تكتبها في نموذج وكيل الرعاية الصحية الخاص بك ستوجه مقدمي الرعاية الصحية في ظل هذه الظروف.

ماذا لو غيرت رأيي؟

من السهل إلغاء توكيل الرعاية الصحية الخاص بك، أو تغيير الشخص الذي اخترته ليكون وكيل الرعاية الصحية الخاص بك أو لتغيير أي تعليمات أو قيود قمت بتضمينها في النموذج. ما عليك سوى تعبئة نموذج جديد. بالإضافة إلى ذلك، يمكنك الإشارة إلى انتهاء صلاحية توكيل الرعاية الصحية الخاص بك في تاريخ محدد أو في حالة حدوث أحداث معينة. خلاف ذلك، سيكون توكيل الرعاية الصحية صالحًا إلى أجل غير مسمى. إذا اخترت زوجك/زوجتك كوكيل للرعاية الصحية أو كبديل لك، وحصلت على الطلاق أو الانفصال قانوناً، فسيتم إلغاء التعيين تلقائياً. مع ذلك، إذا كنت ترغب في أن يظل زوجك/زوجتك السابق/ة وكيل/ة لك، فيمكنك تدوين ذلك في نموذجك الحالي ووضع التاريخ أو إكمال نموذج جديد لتسمية زوجك/زوجتك السابق/ة.

هل يمكن أن يكون وكيل الرعاية الصحية الخاص بي مسؤولاً قانونياً عن القرارات التي يتم اتخاذها نيابة عني؟

لا، لن يكون وكيل الرعاية الصحية الخاص بك مسؤولاً عن قرارات الرعاية الصحية التي يتم اتخاذها بحسن نية نيابة عنك. أيضاً، لا يمكن تحميله أو تحميلها المسؤولية تكاليف رعايتك، لمجرد أنه/ها وكيلك/وكيلتك.

الأسئلة المتداولة، يُتبع

هل توكيل الرعاية الصحية هو نفسه وثيقة حق الحياة؟

لا، فوثيقة حق الحياة هي وثيقة تقدم تعليمات محددة حول قرارات الرعاية الصحية. يمكنك وضع هذه التعليمات في نموذج توكيل الرعاية الصحية الخاص بك. يسمح لك توكيل الرعاية الصحية باختيار شخص تثق به لاتخاذ قرارات الرعاية الصحية نيابة عنك. على عكس وثيقة حق الحياة، لا يتطلب توكيل الرعاية الصحية أن تقرر مسبقاً قرارات قد تنشأ. بدلاً من ذلك، يمكن لوكيل الرعاية الصحية الخاص بك تفسير رغباتك مع تغير الظروف الطبية ويمكنه اتخاذ قرارات لم تكن تعلم أنه يجب اتخاذها.

أين يجب أن احتفظ بنموذج توكيل الرعاية الصحية الخاص بي بعد التوقيع عليه؟

أعط نسخة إلى وكيلك وطبيبك ومحاميك وأي أفراد آخرين من العائلة أو الأصدقاء المقربين الذين تريد لهم. احتفظ بنسخة في محفظتك أو حقيبتك أو مع أوراق مهمة أخرى، ولكن ليس في مكان لا يمكن لأحد الوصول إليه، مثل صندوق ودائع آمن. أحضر نسخة من التوكيل إذا تم إدخالك إلى المستشفى، حتى حين إجراء عملية جراحية بسيطة، أو إذا خضعت لعملية جراحية في العيادة الخارجية.

هل يمكنني استخدام نموذج توكيل الرعاية الصحية للتعبير عن رغباتي بشأن التبرع بالأعضاء و/أو الأنسجة؟ نعم. استخدم قسم التبرع بالأعضاء والأنسجة الاختياري في نموذج توكيل الرعاية الصحية وتأكد من حصول هذا القسم على شهادة من قبل شخصين. يمكنك تحديد استخدام أعضائك و/أو أنسجتك في عمليات الزرع أو الأغراض البحثية أو الأغراض التعليمية. يجب الإشارة إلى أي قيد (قيود) مرتبطة برغباتك في هذا القسم من التوكيل. إن عدم تضمين رغباتك وإرشاداتك في نموذج توكيل الرعاية الصحية الخاص بك لن يُؤخذ على أنه يعني أنك لا تريد أن تكون متبرعاً بالأعضاء و/أو الأنسجة.

هل يمكن لوكيل الرعاية الصحية الخاص بي اتخاذ قرارات نيابة عني بشأن التبرع بالأعضاء و/أو الأنسجة؟

نعم. اعتباراً من 26 أغسطس 2009، يُصرح لوكيل الرعاية الصحية الخاص بك باتخاذ القرارات بعد وفاتك، ولكن فقط تلك المتعلقة بالتبرع بالأعضاء و/أو الأنسجة. يجب أن يتخذ وكيل الرعاية الصحية الخاص بك مثل هذه القرارات كما هو موضح في نموذج توكيل الرعاية الصحية الخاص بك.

من يمكنه الموافقة على التبرع إذا اخترت عدم التعبير عن رغباتي في هذا الوقت؟

من المهم تدوين رغباتك بشأن التبرع بالأعضاء و/أو الأنسجة إلى وكيل الرعاية الصحية الخاص بك، والشخص الذي تم تعيينه كوكيل متوفى، إذا تم تعيينه، وأفراد عائلتك. يوفر قانون نيويورك قائمة بالأفراد المصرح لهم بالموافقة على التبرع بالأعضاء و/أو الأنسجة نيابة عنك. يتم ترتيبهم حسب الأولوية: وكيل الرعاية الصحية الخاص بك؛ وكيل المتوفى الخاص بك؛ زوجك/زوجتك، إذا لم تكن منفصلاً قانوناً، أو شريكك المنزلي؛ ابن أو ابنة تبلغ من العمر 18 عاماً أو أكثر؛ أي من والديك، الأخ أو الأخت الذي يبلغ من العمر 18 عاماً أو أكثر؛ وصي تعيينه المحكمة قبل وفاة المتبرع؛ أو أي شخص آخر مخول لدفن الجثة.

تعليمات نموذج توكيل الرعاية الصحية

- نقل الدم
- الإجهاض
- الإستئصال

البند (5)

يجب عليك كتابة التاريخ والتوقيع على نموذج توكيل الرعاية الصحية هذا. إذا لم تتمكن من التوقيع بنفسك، فيمكنك توجيه شخص آخر للتوقيع في حضورك. تأكد من تضمين عنوانك.

البند (6)

يمكنك ذكر رغبات أو تعليمات حول التبرع بالأعضاء و/أو الأنسجة في هذا النموذج. ينص قانون نيويورك على بعض الأفراد حسب الأولوية للموافقة على التبرع بالأعضاء و/أو الأنسجة نيابة عنك: وكيل الرعاية الصحية الخاص بك؛ وكيل المتوفى الخاص بك؛ زوجك/زوجتك، إذا لم تكن منفصلاً قانوناً، أو شريكك المنزلي؛ ابن أو ابنة تبلغ من العمر 18 عاماً أو أكثر؛ أي من والديك، الأخ أو الأخت الذي يبلغ من العمر 18 عاماً أو أكثر؛ وصي تعينه المحكمة قبل وفاة المتبرع.

البند (7)

يجب على شاهدين يبلغان من العمر 18 عاماً أو أكثر التوقيع على نموذج توكيل الرعاية الصحية هذا. لا يمكن للشخص الذي تم تعيينه كوكيلك أو وكيلك البديل التوقيع كشاهد.

البند (1)

اكتب الاسم وعنوان المنزل ورقم الهاتف للشخص الذي تختاره كوكيل لك.

البند (2)

إذا كنت ترغب في تعيين وكيل بديل، فاكتب الاسم وعنوان المنزل ورقم الهاتف للشخص الذي تختاره كوكيلك البديل.

البند (3)

سيظل توكيل الرعاية الصحية الخاص بك صالحاً إلى أجل غير مسمى ما لم تحدد تاريخ انتهاء الصلاحية أو شرط انتهاء صلاحيته. هذا القسم اختياري ويجب تعبأته فقط إذا كنت تريد إنهاء صلاحية توكيل الرعاية الصحية الخاص بك.

البند (4)

إذا كانت لديك تعليمات خاصة لوكيلك، فدونها هنا. أيضاً، إذا كنت ترغب في تقييد سلطة وكيلك بأي شكل من الأشكال، فيمكنك ذكر ذلك هنا أو مناقشتها مع وكيل الرعاية الصحية الخاص بك. إذا لم تذكر أي قيود، فسيُسمح لوكيلك باتخاذ جميع قرارات الرعاية الصحية التي كان من الممكن أن تتخذها، بما في ذلك قرار موافقة أو رفض على العلاج الذي يحافظ على الحياة.

إذا كنت ترغب في منح وكيلك سلطة واسعة، فيمكنك القيام بذلك مباشرة في النموذج. ببساطة اكتب: لقد ناقشت رغباتي مع وكيل الرعاية الصحية والوكيل البديل الخاص بي وهم يعرفون رغباتي بما في ذلك تلك المتعلقة بالتغذية الاصطناعية والترطيب.

إذا كنت ترغب في تقديم تعليمات أكثر تحديداً، فيمكنك ذكر:

إذا أصبت بمرض عضال، فأنا لا أرغب في تلقي الأنواع التالية من العلاجات....

إذا كنت في غيبوبة أو كان لدي القليل من الإدراك الواعي، ولا أمل في الشفاء، فأنا أريد/لا أريد الأنواع التالية من العلاجات...

إذا كنت أعاني من تلف في الدماغ أو مرض في المخ يجعلني غير قادر على التعرف على الأشخاص أو التحدث ولا يوجد أمل في أن تتحسن حالتي، فأنا أريد/لا أريد أنواع العلاجات التالية....

لقد ناقشت مع وكيلي أمنيّاتي بشأن _____ وأريد أن يتخذ وكيلي جميع القرارات بشأن هذه الإجراءات.

فيما يلي أمثلة عن العلاجات الطبية التي قد ترغب في إعطاء تعليمات خاصة لوكيلك بشأنها. هذه ليست قائمة كاملة:

- التنفس الاصطناعي
- التغذية الاصطناعية والترطيب (توفير التغذية والمياه عبر أنبوب التغذية)
- الإنعاش القلبي الرئوي (CPR)
- الأدوية المضادة للذهان
- العلاج بالصدمة الكهربائية
- المضادات الحيوية
- الإجراءات الجراحية
- غسيل الكلى
- الزرع

توكيل الرعاية الصحية

(1) أنا،

أعين بموجبه

(الاسم وعنوان المنزل ورقم الهاتف)

كوكيل للرعاية الصحية الخاص بي لاتخاذ أي وجميع قرارات الرعاية الصحية نيابة عني، باستثناء الحد الذي أصرح فيه بخلاف ذلك. لا يسري هذا التوكيل إلا إذا أصبحت غير قادر على اتخاذ قرارات الرعاية الصحية الخاصة بي.

(2) اختياري: الوكيل البديل

إذا كان الشخص الذي أقوم بتعيينه غير قادر أو غير راغب أو غير متوفر للعمل كوكيل للرعاية الصحية، أنا أعين بموجبه

(الاسم وعنوان المنزل ورقم الهاتف)

كوكيل للرعاية الصحية الخاص بي لاتخاذ أي وجميع قرارات الرعاية الصحية نيابة عني، باستثناء الحد الذي أصرح فيه بخلاف ذلك.

(3) ما لم أُلغيه أو أذكر تاريخ انتهاء الصلاحية أو الظروف التي سينتهي بموجبها، يظل هذا التوكيل ساريًا إلى أجل غير مسمى. (اختياري: إذا كنت تريد أن تنتهي صلاحية هذا التوكيل، فاذكر التاريخ أو الشروط هنا.) تنتهي صلاحية هذا التوكيل (حدد التاريخ أو الشروط):

(4) اختياري: أقوم بتوجيه وكيل الرعاية الصحية الخاص بي لاتخاذ قرارات الرعاية الصحية وفقًا لرغباتي وقيودي، كما يعلم أو كما هو مذكور أدناه. (إذا كنت ترغب في الحد من سلطة وكيلك لاتخاذ قرارات الرعاية الصحية نيابة عنك أو لإعطاء تعليمات محددة، فيمكنك ذكر رغباتك أو قيودك هنا.) أقوم بتوجيه وكيل الرعاية الصحية الخاص بي لاتخاذ قرارات الرعاية الصحية وفقًا للقيود و/أو التعليمات التالية (أرفق صفحات إضافية حسب الضرورة):

لكي يتخذ وكيلك قرارات الرعاية الصحية نيابة عنك بشأن التغذية الاصطناعية والترطيب (التغذية والمياه التي يتم توفيرها عن طريق أنبوب التغذية وخط الوريد)، يجب أن يعرف وكيلك رغباتك بالشكل المعقول. يمكنك إما إخبار وكيلك برغباتك أو تضمينها في هذا القسم. راجع التعليمات الخاصة بنماذج اللغة التي يمكنك استخدامها إذا اخترت تضمين رغباتك في هذا النموذج، بما في ذلك رغباتك بشأن التغذية الاصطناعية والترطيب.

(5) هويتك (يرجى طباعتها)

اسمك

توقيعك

التاريخ

عنوانك

(6) اختياري: التبرع بالأعضاء و/أو الأنسجة

أتبرع بموجبه بالأعضاء، ويكون ذلك ساري المفعول عند موتي، من:
(حدد كل ما ينطبق)

أي أعضاء و/أو أنسجة ضرورية

الأعضاء و/أو الأنسجة التالية

القيود

إذا لم تذكر رغباتك أو تعليماتك حول التبرع بالأعضاء و/أو الأنسجة في هذا النموذج، فلن يُفهم ذلك أنك لا ترغب في تقديم تبرع أو منع أي شخص، مخول بموجب القانون، من الموافقة للتبرع نيابة عنك.

توقيعك

التاريخ

(7) إفادة الشهود (يجب أن يكون عمر الشهود 18 عامًا أو أكثر ولا يمكن أن يكونوا وكيل رعاية صحية أو وكيلًا بديلًا).

أقر بأن الشخص الذي وقع هذه الوثيقة معروف لي شخصيًا ويبدو أنه سليم العقل ويتصرف بمحض إرادته. قام بتوقيع (أو طلب من شخص آخر التوقيع نيابة عنه/عنها) هذه الوثيقة في حضوري.

الشاهد الأول

التاريخ

الاسم (المطبوع)

التوقيع

العنوان

الشاهد الثاني

التاريخ

الاسم (المطبوع)

التوقيع

العنوان



Department
of Health