

احترام الخيارات في مساتشوستس (Honoring Choices Massachusetts)

نموذج وثيقة توكيل الرعاية الصحية وتعليماتها في ولاية مساتشوستس

تعليمات: كل بالغ مقدر، بعمر 18 سنة أو أكبر، لديه الحق في تعيين وكيل الرعاية الصحية في وثيقة توكيل الرعاية الصحية. من أجل خلق وثيقة الرعاية الصحية الخاصة بك باللغة العربية و باللغة الانكليزية، قم بطباعة هذه الصفحات الأربعة للوثيقة وبذلك سوف يكون لديك التعليمات و نموذجين فارغين أمامك. إتبع التعليمات و قم بملئ النموذجين بنفس المعلومات ونفس التاريخ تماماً. أولاً قم بملئ نموذج اللغة العربية، ومن ثم وقع وضع التاريخ أمام شاهدين، اللذين هم أيضاً سيقومان بعدك بالتوقيع ووضع التاريخ. وبعد ذلك قم بملئ النموذج الانكليزي بنفس المعلومات تماماً ونفس التاريخ، و قم بتوقيعها مع وضع التاريخ وأمام شاهدين، اللذين سوف يقومان بالتوقيع ووضع التاريخ بعدك

1- أسمك وعنوانك :

أكتب اسمك الكامل في الفراغ. أكتب عنوانك.

2- وكيل الرعاية الصحية الخاص بي هو:

أكتب الاسم والعنوان ورقم الهاتف لوكيل الرعاية الصحية الخاص بك.

- اختر شخص تثق فيه لكي يتخذ عنك قرارات الرعاية الصحية مرتكزا على الاختيارات والقيم والمعتقدات الخاصة بك، في حالة عدم قدرتك على اتخاذ هذه القرارات او إيصالها بنفسك.

- لا يمكن ان يكون وكيل الرعاية الصحية الخاص بك والبدل عنه عاملاً او ادارياً او موظفاً في نفس المؤسسة التي انت مريض او مقيم فيها او التي قد قدمت طلبا للدخول فيها، مالم يكونوا هولاء اقرباء لك من الدم او بالزواج او بالتبني.

3- وكيل الرعاية الصحية البديل الخاص بي:

أكتب الاسم والعنوان ورقم الهاتف لوكيل الرعاية الصحية البديل الخاص بك

- اختر شخص تثق فيه لكي يقرر عنك قرارات الرعاية الصحية اذا كان وكيل الرعاية الصحية الخاص بك غير متواجد، او لا يرغب باتخاذ القرار او غير مقدر لكي يقوم بالخدمة، او غير متوقع منه ان يتخذ القرار بالوقت المناسب.

4- سلطة (صلاحية) وكيل الرعاية الصحية الخاص بي:

أدناه الحالات التي تعطي بها لوكيلك السلطة (الصلاحية) أو النفوذ لكي يتخذ القرارات عنك:

- اذا أردت من وكيلك أن يتخذ لك جميع القرارات و تحت أي ظرف، فإترك هذه المنطقة فارغة.

- اذا كان هناك بعض القرارات التي لا ترغب من الوكيل الخاص بك أن يتخذها او تعليمات لا ترغب بأن يعطيها، اكتب حدود سلطته أو توجيهاته في الفراغ المخصص.

5- التوقيع والتاريخ:

وَقَّع اسمك الكامل بحضور الشاهدين البالغين, الذين سيوقعان بعدك. اكتب التاريخ.

-يمكن ان تطلب من شخص ما ان يقوم بالتوقيع باسمك وتحت توجيهاتك أمام الشاهدان البالغان.

6- إفادة الشاهد وتوقيعه:

أي بالغ مقتردر ممكن ان يكون شاهداً يستثنى من ذلك وكيل الرعاية الصحية الخاص بك والوكيل البديل.

-بالغان اثنان يتوجب حضورهما كشاهدين عند توقيع هذه الوثيقة. يشاهدان بينما توقع أنت الوثيقة, أو إن شخصاً آخر يقوم بالتوقيع عنك وبإشرافك, ثم يوقعان بعدك ليشهدان بأنك 18 سنة على الأقل, وسليم العقل, ولم تكن تحت أي قيود أو تأثيرات مفرطة.

-دع الشاهد الأول يوقع ويكتب اسمه/ اسمها ثم يضع التاريخ.

-ثم دع الشاهد الثاني يوقع ويكتب اسمه/ اسمها ثم يضع التاريخ.

7- إفادة وكيل الرعاية الصحية : (إختياري)

هذا القسم غير الزامي, ولكن يمكنه ان يساعد الاطباء والعائلة ليعرفوا بأنّ الوكيل قد وافق على المنصب الذي عينته فيه. لاستعمال هذا القسم, اطلب من الوكيل/الوكلاء ان يوقع ويضع التاريخ في الأماكن المخصصة.

مهم: املئ كلاً من النموذج باللغة العربية والنموذج باللغة الانكليزية في نفس الوقت. تأكد من أن كلا النموذجيين يحتويان نفس المعلومات تماماً وان يتم توقيعها وتوضع التواريخ وبشهود. إعمل نسخة وأعطها لوكيل الرعاية الصحية الخاص بك. و أعطي نسخة منها إلى طبيبك ليضعها في سجلك الطبي.

وثيقة تفويض الرعاية الصحية

1- أنا _____ العنوان _____ أُعيّن الشخص التالي ليكون وكيل الرعاية الصحية الخاص بي مع صلاحية إتخاذ قرارات الرعاية الصحية بالنيابة عني. هذه الصلاحية تصبح سارية المفعول إذا حدد طبيبي المعالج خطياً إنني أفتقر القابلية على إتخاذ القرارات الصحية أو إيصالها بنفسي . حسب الفصل 201 دال من القانون العام لولاية مساتشوستس.

2- وكيل الرعاية الصحية الخاص بي هو:

الاسم: _____ العنوان _____
الهاتف / الهواتف _____

3- وكيل الرعاية الصحية البديل الخاص بي:

إذا لم يكن الوكيل متواجد , او ليس راغب او غير مقتدر, او غير متوقع منه ان يتخذ القرار بالوقت المناسب, انا أُعيّن:
الاسم: _____ العنوان _____
الهاتف / الهواتف _____

4- صلاحية وكيل الرعاية الصحية الخاص بي:

انا اعطي وكيل الرعاية الصحية الخاص بي نفس الصلاحية التي امتلكها في إتخاذ قرارات الرعاية الصحية بضمنها قرارات علاجات إدامة الحياة ويستثنى من ذلك (إدراج قائمة بالتحديدات للصلاحية او لاعطاء التعليمات عنك, إن وجدت): _____

انا افوض وكيل الرعاية الصحية الخاص بي ليتخذ قرارات الرعاية الصحية بناء على تقيمه/ تقيمه لإخياراتي وقيمي واعتقاداتي اذا كانت معروفة, وفي مصلحتي اذا لم تكن معروفة. انا اعطي وكيل الرعاية الصحية الخاص بي نفس الحقوق التي امتلكها ليستعملها وليطلع على المعلومات الصحية و السجلات الصحية الخاص بي والتي تدار بواسطة قانون المحاسبة والقابلية للتأمين الصحي لعام 1996 (HIPPA). 42 U.S.C 32d.
النسخة من وثيقة تفويض الرعاية الصحية هذه لها نفس قوة وتأثير الوثيقة الأصلية.

5- التوقيع والتاريخ: انا اوقع اسمي و كاتب التاريخ لوثيقة تفويض الرعاية الصحية هذه وبحضور شاهدان اثنان.

التوقيع _____ التاريخ _____

6- افادة الشاهد وتوقيعه (مطلوب)

نحن, الموقعون أدناه شهدنا توقيع هذه الوثيقة بواسطة او باشراف الموقع اعلاه ونقر ان الموقع يظهر انه 18 سنة على الاقل, وسليم العقل , وانه ليس تحت أي ضغط أو تأثير مفرط. وكلانا ليس وكيل رعاية صحية او الوكيل البديل.

الشاهد الاول	التوقيع _____	الشاهد الثاني	التوقيع _____
الاسم _____	الاسم _____	الاسم _____	الاسم _____
التاريخ _____	التاريخ _____	التاريخ _____	التاريخ _____

7- افادة وكيل الرعاية الصحية (اختياري):

نحن قمنا بقراءة هذه الوثيقة بعناية و وافقنا على التعيين.

وكيل الرعاية الصحية _____ التاريخ _____
وكيل الرعاية الصحية البديل _____ التاريخ _____

Massachusetts Health Care Proxy

DOB ____/____/____

1. I, _____ Address: _____,
appoint the following person to be my Health Care Agent with the authority to make health care decisions on my behalf. This authority becomes effective if my attending physician determines in writing that I lack the capacity to make or communicate health care decisions myself, according to Chapter 201D of the General Laws of Massachusetts.

2. My Health Care Agent is:

Name: _____ Address: _____
Phone(s): _____; _____; _____

3. My Alternate Health Care Agent

If my Agent is not available, willing or competent, or not expected to make a timely decision, I appoint:

Name: _____ Address: _____
Phone(s): _____; _____; _____

4. My Health Care Agent's Authority

I give my Health Care Agent the same authority I have to make any and all health care decisions including life-sustaining treatment decisions, except (list limits to authority or give instructions, if any):

_____.

I authorize my Health Care Agent to make health care decisions based on his or her assessment of my choices, values and beliefs if known, and in my best interest if not known. I give my Health Care Agent the same rights I have to the use and disclosure of my health information and medical records as governed by the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA), 42 U.S.C. 1320d. Photocopies of this Health Care Proxy have the same force and effect as the original.

5. Signature and Date. I sign my name and date this Health Care Proxy in the presence of two witnesses.

SIGNED _____ **DATE** _____

6. Witness Statement and Signature

We, the undersigned, have witnessed the signing of this document by or at the direction of the signatory above and state the signatory appears to be at least 18 years old, of sound mind and under no constraint or undue influence. Neither of us is the health care agent or alternate agent.

Witness One
Signed: _____

Print Name: _____

Date: _____

Witness Two
Signed: _____

Print Name: _____

Date: _____

7. Health Care Agent Statement (Optional):

We have read this document carefully and accept the appointment.

Health Care Agent _____ Date _____

Alternate Health Care Agent _____ Date _____