

UMASS MEMORIAL HEALTH
MASSACHUSETTS
HEALTH CARE PROXY

NAME:

BIRTHDATE/AGE:

SEX:

MEDICAL RECORD NUMBER:

HAR / CSN ACCOUNT NUMBER:

- HealthAlliance-Clinton Hospital
 Marlborough Hospital
 UMass Memorial Health - Harrington Hospital
 UMass Memorial Medical Center
 UMass Memorial Medical Group | Location: _____

PRINT CLEARLY IN INK OR APPLY PATIENT LABEL

1

أنا، _____، (اكتب اسمك هنا بحروف واضحة)
المقيم في، _____

(الولاية) (البلدة/المدينة) (عنوان الإقامة)

أعين الشخص التالي بصفته وكيل الرعاية الصحية الخاص بي: _____
(الصلة بالمريض) (اسم الشخص الذي تم اختياره بصفته وكيلًا)

القطن في، _____

(الهاتف) (الولاية) (البلدة/المدينة) (عنوان الإقامة)

(اختياري إذا كان وكيلي لا يرغب في تقديم الخدمة أو غير قادر على ذلك، فإنني أعين الشخص التالي بصفته وكيلًا بديلاً

القطن في، _____

(الصلة بالمريض) (الإسم)

(الهاتف) (الولاية) (البلدة/المدينة) (عنوان الإقامة)

سيحظى وكيلي وسلطة إتخاذ جميع قرارات الرعاية الصحية نيابة عني، بما في ذلك القرارات المتعلقة بعلاج الحفاظ علي الحياة، ويخضع ذلك للتغيير إذا تمت كتابة أي قيود أدناه، في حالة عدم قدرتي على إتخاذ قرارات الرعاية الصحية لنفسى. تصبح سلطة وكيلي سارية إذا قرر طبيبي المعالج كتابياً أنني أفقد القدرة على إتخاذ قرارات الرعاية الصحية أو التعبير عنها. عندئذ، سيحظى وكيلي بنفس سلطة إتخاذ قرارات الرعاية الصحية التي كنت سأتمتع بها إذا كانت لدى القدرة على إتخاذ هذه القرارات إلا في حالة (قم هنا بسررد القيود التي ترغب في فرضها على سلطة وكيلك، إن وجدت):

أوجه وكيلي لإتخاذ قرارات الرعاية الصحية بناءً على تقييمه لرغباتي الشخصية. وإن كانت رغباتي الشخصية غير معروفة، يتعين على وكيلي إتخاذ قرارات الرعاية الصحية بناءً على تقييمه لما في صالحى. للنسخ المصورة من توكيل الرعاية الصحية هذا نفس القون الإلزامية والأثر اللذين تحظى بهم النسخة الأصلية.

ملحوظة: ينبغي ألا تقوم باختيار وكيل الرعاية الصحية الخاص بك من بين موظفى أو أعضاء منشأة الرعاية الصحية التي تتلقى فيها العلاج حالياً أو من المتوقع أن تكون فيها كمرضى، كما أم تكن تربطك بهذا الشخص صلة كقرابة الدم أو قرابة المصاهرة لو قرابة التبني.

التاريخ

وقعه:

يستكمل فقط إذا كان الطرف الرئيسي غير قادر بدنياً على التوقيع: لقد قمت بالتوقيع باسم الطرف الرئيسي أعلاه بتوجيه منه وبحضور الطرف الرئيسي واثنين من الشهود

(الإسم)

(الولاية) (البلدة/المدينة) (عنوان الإقامة)

إفادة الشاهدين: نحن، الموقعان أدناه، شهد كلٌ منا على توقيع الرعاية الصحية من قبل الطرف الرئيسي أو بتوجيه منه ونقر بأن الطرف الرئيسي بدأ بعمر لا يقل عن 18 عاماً وفى كامل قواه العقلية ولم يخضع للإكراه أو التأثير غير المشروع. لا يحمل أي منّا صفة وكيل الرعاية الصحية أو الوكيل البديل المذكورين فى هذه الوثيقة.

الشاهد الأول: _____ (التوقيع)
الشاهد الثانى: _____ (التوقيع)

الإسم (مكتوباً بحروف واضحة): _____ الإسم (مكتوباً بحروف واضحة): _____

العنوان: _____ العنوان: _____

