

MASSACHUSETTS HEALTH CARE PROXY (ARABIC)

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

NAME:

BIRTHDATE/AGE:

SEX:

MEDICAL RECORD NUMBER:

ECD / ACCOUNT NUMBER:

PRINT CLEARLY IN INK OR IMPRINT WITH PATIENT'S CARD

1

أنا، _____، (اكتب اسمك هنا بحروف واضحة)

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

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

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

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

_____ (الاسم) _____ (الصلة بالمريض) _____ (الولاية) _____ (رقم الهاتف)

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

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

أوجه وكيلي لاتخاذ قرارات الرعاية الصحية بناءً على تقييمه لرغباتي الشخصية. وإذا كانت رغباتي الشخصية غير معروفة، يتعين على وكيلي اتخاذ قرارات الرعاية الصحية بناءً على تقييمه لما فيه صالحى. للنسخ المصورة من توكيل الرعاية الصحية هذا نفس القوة الإلزامية والأثر اللذين تحظى بهما النسخة الأصلية.

ملحوظة: ينبغي ألا تقوم باختيار وكيل الرعاية الصحية الخاص بك من بين موظفي أو أعضاء منشأة الرعاية الصحية التي تتلقى فيها العلاج حاليًا أو من المتوقع أن تكون فيها كمريض، ما لم تكن تربطك بهذا الشخص صلة كقرابة الدم أو قرابة المصاهرة أو التبني.

وقعه: _____ التاريخ: _____

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

_____ (الاسم)

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

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

الشاهد الأول:

الشاهد الثاني:

(التوقيع)

(التوقيع)

الاسم (مكتوبًا)

الاسم (مكتوبًا)

بحروف واضحة):

بحروف واضحة):

العنوان:

العنوان:

