

مركز دنفر هيلث (DENVER HEALTH) الطبي

توكيل عام دائم للرعاية الصحية
بشأن القرارات الصحية

اللغة الأولى: الإنجليزية الإسبانية أخرى
 هل ترغب في حضور مترجم شفهي؟ نعم لا لا شيء المترجم:
 استخدام خط اللغة يطالب المريض بضرورة حضور مترجم شفهي يكون من أفراد العائلة/ آخر
 هل طلب المريض أدوات تساعد على التواصل؟ نعم لا لا شيء إذا كانت الإجابة نعم:

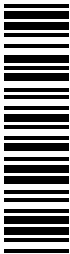
معلومات مهمة عن الوثيقة القانونية التالية

قبل التوقيع على هذه الوثيقة، من الضروري أن تعي الحقائق التالية وأن تُدركها تمامًا:

- يمنح هذا التوكيل الشخص الذي عينته بموجبه وكيلاً لك الحق في الإنابة عنك في اتخاذ القرارات الصحية المتعلقة بك في حال عدم قدرتك على اتخاذ تلك القرارات. ولا تقتصر تلك القرارات والصلاحيات على الحالات المستعصية والقرارات المتعلقة بحفظ الحياة.
- وحتى بعد توقيعك على هذا التوكيل، لا يزال في وسعك اتخاذ القرارات المتعلقة بشؤونك الصحية بالأصالة عن نفسك متى كنت قادرًا على ذلك.
- يجوز لك أن تذكر في هذا التوكيل نوع العلاجات التي ترغب في تلقيها أو التي ترغب في عدم تلقيها. إذا كنت ترغب في أن يتخذ الوكيل الذي عينته قرارات تتعلق بالأدوية والعلاجات التي من شأنها الإبقاء على الحياة، فمن الأفضل أن تذكر ذلك في التوكيل العام الدائم للرعاية الصحية الصادر عنك.
- يحق لك إلغاء الصلاحيات المخولة إلى الوكيل الذي عينته لاتخاذ القرارات نيابة عنك في أي وقت ما لم يصدر حكم قضائي من إحدى المحاكم يقضي بفقدانك للأهلية. إذا قمت بسحب (إلغاء) الصلاحية المخولة إلى وكيلك، فسيكون عليك توثيق ذلك الإلغاء كتابيًا وإرسال نسخ منه إلى جميع من تلقوا نسخًا من هذا التوكيل.
- لا توقع على هذه الوثيقة ما لم تكن واعيًا ومُدرِّكًا لجميع ما ورد فيها. قد ترغب في التحدث إلى آخرين أو إلى أحد المحامين قبل أن توقع على هذا التوكيل.
- يمكنك استخدام هذا النموذج من التوكيل الطبي الدائم، ومع ذلك فقد لا يغطي جميع متطلباتك. جدير بالذكر أنه يجوز استخدام أي نسخ أخرى من نماذج التوكيلات الطبية الدائمة في ولاية كولورادو. عليك التأكد من أن التوكيل الذي توقع عليه يغطي جميع احتياجاتك.
- يُعد التوكيل الطبي الدائم المرفق متوافقًا مع القوانين السارية في ولاية كولورادو. تختلف متطلبات الشهود والكتاب العدل وغيرها من الشروط من ولاية إلى أخرى. إذا حدث وانتقلت للعيش أو سافرت إلى ولاية أخرى، فسيكون عليك التحقق من المتطلبات والشروط القانونية لتلك الولاية.

يجب أن يتضمن التوكيل الطبي الدائم الخاص بك المعلومات التالية:

- اسم الشخص الذي اخترته ليكون وكيلاً لك وعنوانه ورقم هاتفه، والشخص التالي الذي يلي ذلك الوكيل في الإنابة في حال عجز الوكيل الأول عن التصرف نيابة عنك.
- أي تعليمات بشأن العلاجات والأدوية التي ترغب في تناولها أو التي لا ترغب فيها وكذلك أي إجراءات وعمليات جراحية أو علاجات كيميائية أو أي علاجات تتعلق ببقائك على قيد الحياة، مثل: التغذية الصناعية، والغسيل الكلوي، أو استخدام أجهزة دعم التنفس، وغيرها.



084

DENVER HEALTH MEDICAL CENTER
MEDICAL DURABLE POWER OF ATTORNEY
FOR HEALTH CARE DECISIONS

Name, MR#, Pat#, DOB

Primary Language: English Spanish Other _____ ID X 2 _____ (Staff Initials)

Do you wish to have an interpreter? Yes No N/A Interpreter: _____ (Name)

Language Line Used Patient requests to have significant other/family member interpret. _____ (Name)

Communication Aids Requested? Yes No N/A If yes: _____

IMPORTANT INFORMATION ABOUT THE FOLLOWING LEGAL DOCUMENT

Before signing this document, it is very important for you to know and understand these facts:

- This document gives the person you name as your agent the power to make health care decisions if you are unable to do so. These decisions and powers are not limited to terminal conditions and life support decisions.
- After you have signed this document, you still have the right to make health care decisions for yourself if you are able to do so.
- You may state in this document any type of treatment that you want to receive or want to avoid. If you want your agent to make decisions about life sustaining treatment, it is best to so state in your medical durable power of attorney.
- You have the right to take away the authority of your agent to make decisions for you at any time unless you have been determined to be incompetent by a court. If you withdraw (revoke) the authority of your agent, you should do so in writing and give copies to all those who received the original document.
- You should not sign this document unless you understand it. You may wish to talk to others or a lawyer before you sign this document.
- You may use this sample Medical Durable Power of Attorney form; however, it may not meet your individual needs. Other medical durable power of attorney forms are acceptable to use in Colorado also. Be sure the form you sign meets your needs.
- The enclosed Medical Durable Power of Attorney form complies with Colorado law. Witness, notary, and other requirements vary from state to state. If you move to another state or travel often, be sure to check that state's requirements.

Your medical durable power of attorney should contain the following information:

- The name, address and telephone number of the person you choose as your agent, and your second choice of agent to act if your first agent is unable to act for you.
- Any instructions about treatment you do or do not wish to receive such as surgery, chemotherapy, or life sustaining treatment such as artificial feeding, kidney dialysis, or breathing support, etc.



مركز دنفر هيلث (DENVER HEALTH) الطبي

توكيل عام دائم للرعاية الصحية
بشأن القرارات الصحية

1. أنا الموقع أدناه _____ أعين بموجب هذا التوكيل:
(اكتب اسمك)

اسم الوكيل _____

رقم هاتف منزل الوكيل _____

رقم هاتف عمل الوكيل _____

عنوان منزل الوكيل _____

وكيلًا ينوب عني في اتخاذ قرارات الرعاية الصحية عندما لا أكون قادرًا على اتخاذ تلك القرارات بنفسني. وبموجب هذا التوكيل فإنه يجوز له قبول أو رفض أو إيقاف أي إجراء رعاية صحية أو علاج أو خدمة صحية أو إجراء تشخيصي. كما يجوز لوكيلي التحدث مع مسؤولي الرعاية الصحية والحصول على المعلومات والتوقيع على النماذج الضرورية لتنفيذ تلك القرارات.

وفي حال عدم توفر الشخص الذي عينته وكيلًا عني أو أنه أصبح غير قادر على التصرف نيابة عني، فإنني أعين الشخص التالي ذكره (أو الأشخاص التالي ذكرهم) للإبابة عني، وذلك وفقًا للترتيب الوارد أدناه:

2. _____ 3. _____
اسم الوكيل اسم الوكيل

رقم هاتف عمله _____

رقم هاتف منزله _____

رقم هاتف عمله _____

رقم هاتف منزله _____

وبتوقعي على هذه الوثيقة، فإنني أنوي تحرير توكيل طبي دائم يسري في حال عجزني عن اتخاذ قرارات الرعاية الصحية المتعلقة بي، ويظل هذا التوكيل ساريًا طوال فترة فقدانني للأهلية تلك.

ومن جهته سوف يقوم وكيلي باتخاذ قرارات الرعاية الصحية بناءً على أي توجيهات قد أصدرها كما هو موضح أدناه أو تلك التي أعلمه/ أعلمها بها بأي طريقة أخرى. وما لم أعبّر عن أي خيارات بشأن قرارات الرعاية الصحية التي هي موضوع هذا التوكيل، فإن الوكيل سوف يستند في قراراته إلى ما يعتقد أنه الأفضل لمصلحتي.

(A) بيان رغبات الموكل فيما يتعلق بخدمات الرعاية الصحية والأدوية والإجراءات الطبية التي من شأنها الإبقاء على حياته:

(B) أحكام وقيود خاصة:

بالتوقع على هذا التوكيل، فإنني أقر بأنني أفهم وأدرك الغرض الذي من أجله صدر هذا التوكيل والأثر الذي ينجم عنه.

التاريخ _____

توقيع الشخص الصادر عنه التوكيل الطبي الدائم _____

(اختياري ولكن يُوصى به)

لا تتطلب قوانين ولاية كولورادو توقيع أي شهود على هذه الوثيقة، ومع ذلك فمن المُوصى به الحصول على توقيع شخصين عليها أو توثيقها لدى كاتب العدل. لا يُعد هذا الأمر مطلوبًا بموجب قوانين ولاية كولورادو، ولكن هذا الإجراء من شأنه أن يزيد من درجة قبول وموثوقية هذه الوثيقة في الولايات الأخرى.

الشاهد: _____

الشاهد: _____

التوقيع: _____

التوقيع: _____

عنوان المنزل _____

عنوان المنزل _____

التاريخ: _____

التاريخ: _____

DENVER HEALTH MEDICAL CENTER
MEDICAL DURABLE POWER OF ATTORNEY
FOR HEALTH CARE DECISIONS

Name, MR#, Pat#, DOB

1. I, _____, Declarant, hereby appoint:
(Print Your Name)

Name of Agent

Agent's Home Telephone Number

Agent's Work Telephone Number

Agent's Home Address

as my agent to make health care decisions for me if and when I am unable to make my own health care decisions. This gives my agent the power to consent, to refuse, or to stop any health care, treatment, service or diagnostic procedure. My agent also has the authority to talk with health care personnel, get information, and sign forms necessary to carry out those decisions.

If the person named as my agent is not available or is unable to act as my agent, then I appoint the following person(s) to serve in the order listed below:

2. _____ 3. _____
Agent Name Agent Name

Home Telephone #

Work Telephone #

Home Telephone #

Work Telephone #

By this document I intend to create a **Medical Durable Power of Attorney** which shall take effect upon my incapacity to make my own health care decisions and shall continue during that incapacity.

My agent shall make health care decisions as I may direct below or as I make known to him or her in some other way. If I have not expressed a choice about the health care in question, my agent shall base his/her decision on what he/she believes to be in my best interest.

(A) Statement of desires concerning life-prolonging care, treatment, services and procedures:

(B) Special provisions and limitations:

BY SIGNING HERE, I INDICATE THAT I UNDERSTAND THE PURPOSE AND EFFECT OF THIS DOCUMENT.

SIGNATURE OF PERSON CREATING MEDICAL DURABLE POWER OF ATTORNEY DATE

(Optional But Recommended)

Colorado law does not require this document to be witnessed; however, it is recommended to obtain the signature of 2 witnesses or a notary. This is not required by Colorado law but may make this document more acceptable in other states.

WITNESS:

Signature: _____

Home Address: _____

Date: _____

WITNESS:

Signature: _____

Home Address: _____

Date: _____

