

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 افتقر القابلية على إتخاذ القرارات الصحية أو إيصالها بنفسني . 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/ تقيمتها لخياراتي 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 للأصلية.

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 الأقل, وسليم العقل , وانه ليس تحت أي ضغط أو تأثير مفرط. وكلانا ليس وكيل رعاية صحية او الوكيل البديل.

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