EMORY HEALTHCARE

GEORGIA ADVANCE DIRECTIVE FOR HEALTH CARE
ARABIC TRANSLATIONS
جورجيا التوجيه المسبق للرعاية الصحية

By / من قِبل: ___________________________________ Date of Birth / تاريخ الميلاد: ____________

(الاسم بحروف/Print Name) (يوم/شهر/سنة /Month/Day/Year)

This advance directive for health care has four parts / يتكون هذا التوجيه المسبق للرعاية الصحية من أربعة أجزاء:

PART ONE / الجزء الأول	HEALTH CARE / وكيل الرعاية الصحية. يسمح لك هذا الجزء باختيار شخص ما لاتخاذ قرارات الرعاية الصحية بالنيابة عنك عندما لا تستطيع (أو لا تريد) اتخاذ قرارات الرعاية الصحية بنفسك. يُسمى الشخص الذي تختاره وكيل الرعاية الصحية. يمكنك أيضاً أن تجعل وكيل الرعاية الصحية الخاص بك يتخذ القرارات نيابة عنك بعد وفاتك فيما يتعلق بتشريح الجثة والتبرع بالأعضاء والتبرع بالجثة والتصرف النهائي في الجثة. ينبغي أن تتحدث مع وكيل الرعاية الصحية الخاص بك عن هذا الدور المهم.
PART TWO / الجزء الثاني	TREATMENT PREFERENCES / تفضيلات العلاج. يسمح لك هذا الجزء بتحديد تفضيلاتك العلاجية إذا كنت تعاني من حالة صحية ميؤوس منها أو إذا كنت في حالة فقدان دائم للوعي. لن يصبح الجزء الثاني ساري المفعول إلا إذا كنت غير قادر على الإفصاح عن تفضيلاتك العلاجية. ستُبذل جهود معقولة ومناسبة للتواصل معك بشأن تفضيلاتك العلاجية قبل أن يصبح الجزء الثاني ساري المفعول. ينبغي عليك التحدث مع عائلتك والأشخاص المقربين منك حول تفضيلاتك العلاجية.
PART THREE / الجزء الثالث	GUARDIANSHIP / الوصاية. يسمح لك هذا الجزء بترشيح شخص ليكون وصياً عليك في حال الحاجة إلى وصي.
PART FOUR / الجزء الرابع	EFFECTIVENESS AND SIGNATURES / السريان والتوقيعات. يتطلب هذا الجزء توقيعك وتوقيع شاهدين. يجب عليك إكمال الجزء الرابع إذا كنت قد ملأت أي جزء آخر من هذا النموذج.

يمكنك ملء أي من الأجزاء الثلاثة الأولى المذكورة أعلاه أو جميعها. ويجب عليك ملء الجزء الرابع من هذا النموذج حتى يكون هذا النموذج ساري المفعول.

يجب عليك إعطاء نسخة من هذا النموذج المكتمل للأشخاص الذين قد يحتاجون إليه، مثل وكيل الرعاية الصحية الخاص بك وعائلتك وطبيبك. احتفظ بنسخة من هذا النموذج المكتمل في المنزل في مكان يسهل العثور عليه عند الحاجة إليه. راجع هذا النموذج المكتمل بشكل دوري للتأكد من أنه لا يزال يعكس تفضيلاتك. إذا تغيرت تفضيلاتك، فأكمل توجيهًا مسبقًا جديدًا للرعاية الصحية.

استخدام هذا الشكل من التوجيهات المسبقة للرعاية الصحية اختياري تمامًا. ويجوز استخدام أشكال أخرى من التوجيهات المسبقة للرعاية الصحية في جورجيا.

يمكنك إلغاء هذا النموذج المكتمل في أي وقت. سيحل هذا النموذج المكتمل محل أي توجيهات مسبقة للرعاية الصحية أو توكيل رسمي دائم للرعاية الصحية أو تفويض الرعاية الصحية أو وصية لشخص على قيد الحياة كنتَ قد أكملتها قبل إكمال هذا النموذج.

الجزء الأول: وكيل الرعاية الصحي / PART ONE: HEALTH CARE AGENT

[سيكون الجزء الأول ساري المفعول حتى لو لم يتم إكمال الجزء الثاني. لا يجوز للطبيب أو مقدم الرعاية الصحية الذي يشارك مباشرةً في رعايتك الصحية أن يكون وكيلاً للرعاية الصحية. إذا كنت متزوجًا/كنتِ متزوجة، فإن الطلاق أو فسخ زواجك في المستقبل سيؤدي إلى إبطال اختيار زوجك الحالي كوكيل للرعاية الصحية. إذا لم تكن متزوجًا/متزوجة، فإن الزواج المستقبلي سيؤدي إلى إبطال اختيار وكيل الرعاية الصحية الخاص بك إلا إذا كان الشخص الذي اخترته كوكيل للرعاية الصحية هو زوجك الجديد/زوجتك الجديدة.]

(1) Health Care Agent / وكيل الرعاية الصحية

I select the following person as my health care agent to make health care decisions for me /إنني أختار الشخص التالي وكيلاً عني في الرعاية الصحية لاتخاذ قرارات الرعاية الصحية نيابة عني:

Name / الاسم:____

Address / العنوان:____

Telephone Numbers / أرقام الهاتف:____________________________________

(Home, Work, and Mobile / المنزل والعمل والهاتف المحمول)

2) Back-Up Health Care Agent / (وكيل الرعاية الصحية الاحتياطي

[**هذا القسم اختياري.** سيكون الجزء الأول ساري المفعول حتى لو ترك هذا القسم فارغاً.]

إذا تعذّر الاتصال بوكيل الرعاية الصحية الخاص بي في فترة زمنية معقولة وتعذّر تحديد موقعه ببذل جهود معقولة أو لأي سبب من الأسباب كان وكيل الرعاية الصحية الخاص بي غير متاح أو غير قادر أو غير راغب في العمل كوكيل رعاية صحية خاص بي، فإنني أختار الأشخاص التالين، كلًا منهم للعمل على التوالي بالترتيب المذكور، كوكيل (وكلاء رعاية صحية احتياطيين) لي

Name / الاسم:____

Address / العنوان:____

Telephone Numbers / أرقام الهاتف:____________________________________

(Home, Work, and Mobile / المنزل والعمل والهاتف المحمول)

Name / الاسم:____

Address / العنوان:____

Telephone Numbers / أرقام الهاتف:____________________________________

(Home, Work, and Mobile / المنزل والعمل والهاتف المحمول)

(3) General Powers of Health Care Agent / الصلاحيات العامة لوكيل الرعاية الصحية

سيتخذ وكيل الرعاية الصحية الخاص بي قرارات الرعاية الصحية نيابةً عني عندما أكون غير قادر على اتخاذ قرارات الرعاية الصحية الخاصة بي أو عندما أختار أن يقوم وكيل الرعاية الصحية الخاص بي باتخاذ قرارات الرعاية الصحية الخاصة بي.

سيكون لوكيل الرعاية الصحية الخاص بي نفس السلطة لاتخاذ أي قرار رعاية صحية يمكنني اتخاذه. تتضمن سلطة وكيل الرعاية الصحية الخاص بي، على سبيل المثال، صلاحية:

- إدخالي أو إخراجي من أي مستشفى أو مرفق تمريض ماهر أو دار رعاية المحتضرين أو أي مرفق أو خدمة رعاية صحية أخرى؛
- طلب أي نوع من الرعاية الصحية أو الموافقة عليه أو حجبه أو سحبه؛ و
- التعاقد على أي مرفق أو خدمة رعاية صحية نيابة عني، وإلزامي بدفع تكاليف هذه الخدمات (ولن يكون وكيل الرعاية الصحية الخاص بي مسؤولاً ماليًا عن أي خدمات أو رعاية تم التعاقد عليها لي أو نيابة عني).

سيكون وكيل الرعاية الصحية الخاص بي هو الممثل الشخصي لي لجميع أغراض القانون الفيدرالي أو قانون الولاية المتعلق بخصوصية السجلات الطبية (بما في ذلك قانون قابلية إخضاع التأمين الصحي للنقل والمساءلة لعام 1996) وسيكون له نفس حقوقي في الوصول إلى سجلاتي الطبية ويمكنه الإفصاح عن محتويات سجلاتي الطبية للآخرين من أجل رعايتي الصحية المستمرة.

يجوز لوكيل الرعاية الصحية الخاص بي أن يرافقني في سيارة إسعاف أو طائرة إسعاف إذا كان بروتوكول موظفي الإسعاف يسمح بذلك ويجوز لوكيل الرعاية الصحية الخاص بي أن يزورني أو يتشاور معي شخصيًا أثناء وجودي في مستشفى أو مرفق تمريض ماهر أو دار رعاية المحتضرين أو أي مرفق أو خدمة رعاية صحية أخرى إذا كان بروتوكولها يسمح بالزيارة.

يجوز لوكيل الرعاية الصحية الخاص بي أن يقدم نسخة من هذا التوجيه المسبق للرعاية الصحية بدلاً من النسخة الأصلية وسيكون للنسخة نفس معنى وتأثير النسخة الأصلية.

أفهم أنه بموجب قانون جورجيا:

- يجوز لوكيل الرعاية الصحية الخاص بي أن يرفض التصرف كوكيل رعاية صحية خاص بي؛
- يمكن للمحكمة أن تسحب صلاحيات وكيل الرعاية الصحية الخاص بي إذا وجدت أن وكيل الرعاية الصحية الخاص بي لا يتصرف بشكل صحيح؛ و
- لا يتمتع وكيل الرعاية الصحية الخاص بي بصلاحية اتخاذ قرارات الرعاية الصحية لي فيما يتعلق بالجراحة النفسية أو التعقيم أو العلاج أو الإيداع القسري في المستشفى بسبب مرض عقلي أو انفعالي أو تخلف عقلي أو مرض إدماني.

(4) GUIDANCE FOR HEALTH CARE AGENT / إرشادات لوكيل الرعاية الصحية

عند اتخاذ قرارات الرعاية الصحية من أجلي، يجب أن يفكر وكيل الرعاية الصحية الخاص بي في الإجراء الذي سيكون متوافقًا مع المحادثات السابقة التي أجريناها، وتفضيلاتي العلاجية كما عبرت عنها في الجزء الثاني (إذا كنت قد ملأت الجزء الثاني)، ومعتقداتي الدينية وغيرها من المعتقدات والقيم، وكيف تعاملت مع القضايا الطبية وغيرها من القضايا المهمة في الماضي. إذا كان ما كنت سأقرره لا يزال غير واضح، فينبغي على وكيل الرعاية الصحية الخاص بي اتخاذ القرارات التي يعتقد وكيل الرعاية الصحية أنها في مصلحتي، مع الأخذ في الاعتبار الفوائد والأعباء والمخاطر المترتبة على ظروفي الحالية وخيارات العلاج.

(5) POWERS OF HEALTH CARE AGENT AFTER DEATH / صلاحيات وكيل الرعاية الصحية بعد الوفاة

(A) AUTOPSY / التشريح الطبي

سيتمتع وكيل الرعاية الصحية الخاص بي بصلاحية التصريح بتشريح جثماني ما لم أقيد صلاحية وكيل الرعاية الصحية الخاص بي بالتوقيع بالأحرف الأولى أدناه.

__________ (Initials / الأحرف الأولى) My health care agent will not have the power to authorize an autopsy of my body (unless an autopsy is required by law)./
لن يكون لوكيل الرعاية الصحية الخاص بي صلاحية التصريح بتشريح جثماني (ما لم يكن تشريح الجثة مطلوباً بموجب القانون).

(B) ORGAN DONATION AND DONATION OF BODY / التبرع بالأعضاء / والتبرع بالجثة

سيتمتع وكيل الرعاية الصحية الخاص بي بصلاحية التصرف في أي جزء من جسدي أو كله لأغراض طبية وفقًا لقانون الهبة التشريحية في جورجيا، ما لم أقيد صلاحية وكيل الرعاية الصحية الخاص بي بالتوقيع بالأحرف الأولى أدناه.

[وقع بالأحرف الأولى على كل عبارة تريد تطبيقها.]

__________ (Initials / الأحرف الأولى) My health care agent will not have the power to make a disposition of my body for use in a medical study program./
لن يكون لوكيل الرعاية الصحية الخاص بي صلاحية التصرف في جسدي لاستخدامه في برنامج دراسة طبية.

__________ (Initials / الأحرف الأولى)
My health care agent will not have the power to donate any of my organs./
لن تكون لوكيل الرعاية الصحية الخاص بي صلاحية التبرع بأي من أعضائي.

(C) FINAL DISPOSITION OF BODY / التصرف النهائي في الجثمان

ستكون لوكيل الرعاية الصحية الخاص بي سلطة اتخاذ القرارات المتعلقة بالتصرف النهائي في جثماني ما لم أوقع بالأحرف الأولى أدناه.

__________ (Initials / الأحرف الأولى)
I want the following person to make decisions about the final disposition of my body/
أريد أن يتخذ الشخص التالي اسمه قرارات بشأن التصرف النهائي في جثماني:

Name / الاسم:____

Address / العنوان:____

Telephone Numbers / أرقام الهاتف:____
(Home, Work, and Mobile / المنزل والعمل والهاتف المحمول)

ما أرغب أن يتم بشأن جثماني هو:

__________ (Initials / الأحرف الأولى) Buried / الدفن

أو

__________ (Initials / الأحرف الأولى) Cremated / الحرق

PART TWO: TREATMENT PREFERENCES / الجزء الثاني: تفضيلات العلاج

[لن يكون الجزء الثاني ساري المفعول إلا إذا كنت غير قادر على إبلاغ تفضيلاتك العلاجية بعد بذل جهود معقولة ومناسبة للتواصل معك بشأن تفضيلاتك العلاجية. سيكون الجزء الثاني ساري المفعول حتى لو لم يتم إكمال الجزء الأول. إذا لم تكن قد اخترت وكيل رعاية صحية في الجزء الأول، أو إذا لم يكن وكيل الرعاية الصحية الخاص بك متاحاً، فإن الجزء الثاني سيخبر طبيبك ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين بتفضيلاتك العلاجية. وإذا كنت قد اخترت وكيلاً للرعاية الصحية في الجزء الأول، فسيكون لوكيل الرعاية الصحية الخاص بك سلطة اتخاذ جميع قرارات الرعاية الصحية نيابةً عنك فيما يتعلق بالأمور التي يغطيها الجزء الثاني. كما سيسترشد وكيل الرعاية الصحية الخاص بك بتفضيلاتك العلاجية والعوامل الأخرى الموضحة في القسم (4) من الجزء الأول.]

(6) CONDITIONS / الحالات

سيكون الجزء الثاني ساري المفعول إذا كنتُ في أي من الحالات التالية:

[وقع بالأحرف الأولى لكل حالة تريد أن يكون الجزء الثاني فعالاً فيها.]

________ (Initials / الأحرف الأولى) A terminal condition, which means I have an incurable or irreversible condition that will result in my death in a relatively short period of time./
حالة ميؤوس منها تفضي إلى الوفاة، وهو ما يعني أنني أعاني من حالة مرضية مستعصية أو غير قابلة للشفاء أو لا يمكن عكسها والتي ستؤدي إلى وفاتي خلال فترة زمنية قصيرة نسبياً.

________ (Initials / الأحرف الأولى) A state of permanent unconsciousness, which means I am in an incurable or irreversible condition in which I am not aware of myself or my environment and I show no behavioral response to my environment./
حالة من فقدان الوعي الدائم، وهو ما يعني أنني في حالة غير قابلة للشفاء أو لا يمكن عكسها حيث لا أكون فيها مدركاً لنفسي أو لبيئتي ولا أظهر أي استجابة سلوكية تجاه البيئة المحيطة بي.

سيتم تحديد حالتي كتابيًا بعد الفحص الشخصي من قبل طبيبي المعالج وطبيب آخر وفقًا للمعايير الطبية المقبولة حاليًا.

(7) TREATMENT PREFERENCES / تفضيلات العلاج

[اذكر تفضيلاتك العلاجية بالتوقيع بالأحرف الأولى (A) أو (B) أو (C). إذا اخترت (C)، فاذكر تفضيلاتك العلاجية الإضافية من خلال التوقيع بالأحرف الأولى على واحدة أو أكثر من العبارات التالية (C). يمكنك تقديم تعليمات إضافية حول تفضيلاتك العلاجية في القسم التالي. سيتم توفير الرعاية المريحة لك، بما في ذلك تخفيف الألم، ولكن قد ترغب أيضًا في ذكر تفضيلاتك المحددة فيما يتعلق بتخفيف الألم في القسم التالي.]

إذا كنتُ في أي حالة من الحالات التي قمت بالتوقيع عليها بالأحرف الأولى في القسم (6) أعلاه ولم يعد بإمكاني التواصل معي بشأن تفضيلاتي العلاجية بعد بذل جهود معقولة ومناسبة للتواصل معي بشأن تفضيلاتي العلاجية، فعندئذٍ:

(A) _________ (Initials / الأحرف الأولى) Try to extend my life for as long as possible, using all medications, machines, or other medical procedures that in reasonable medical judgment could keep me alive./
حاوِل إطالة حياتي لأطول فترة ممكنة باستخدام جميع الأدوية أو الآلات أو غيرها من الإجراءات الطبية التي يمكن أن تبقيني على قيد الحياة حسب التقدير الطبي المعقول. إذا كنتُ غير قادر على تناول الأغذية أو السوائل عن طريق الفم، فأريد أن أتلقى الأغذية أو السوائل عن طريق الأنبوب أو أي وسيلة طبية أخرى.

أو

(B) _________ (Initials / الأحرف الأولى) Allow my natural death to occur./
اسمح بوفاتي الطبيعية. لا أريد أي أدوية أو آلات أو أي إجراءات طبية أخرى يمكن أن تبقيني على قيد الحياة حسب التقدير الطبي المعقول ولكن لا يمكن أن تشفيني. لا أريد الحصول على الأغذية أو السوائل عن طريق الأنبوب أو أي وسيلة طبية أخرى باستثناء ما يلزم لتوفير مسكنات الألم.

أو

(C) _________ (الأحرف الأولى / Initials) I do not want any medications, machines, or other medical procedures that in reasonable medical judgment could keep me alive but cannot cure me, except as follows/
لا أريد أي أدوية أو آلات أو إجراءات طبية أخرى يمكن أن تبقيني على قيد الحياة حسب التقدير الطبي المعقول ولكنها لا تستطيع شفائي، باستثناء ما يلي:

[وقع بالأحرف الأولى على كل عبارة تريد تطبيقها على الخيار (C).]

_______ (الأحرف الأولى / Initials) If I am unable to take nutrition by mouth, I want to receive nutrition by tube or other medical means./
إذا كنتُ غير قادر على تناول الأغذية عن طريق الفم، فأنا أريد الحصول على الأغذية عن طريق الأنبوب أو أي وسيلة طبية أخرى.

_______ (الأحرف الأولى / Initials) If I am unable to take fluids by mouth, I want to receive fluids by tube or other medical means./
إذا كنتُ غير قادر على تناول السوائل عن طريق الفم، فأنا أريد الحصول على السوائل عن طريق الأنبوب أو أي وسيلة طبية أخرى.

_______ (الأحرف الأولى / Initials) If I need assistance to breathe, I want to have a ventilator used./
إذا كنت بحاجة إلى مساعدة للتنفس، أريد أن يتم استخدام جهاز التنفس الصناعي.

_______ (الأحرف الأولى / Initials) If my heart or pulse has stopped, I want to have cardiopulmonary resuscitation (CPR) used./
إذا توقف قلبي أو نبضي، أريد استخدام الإنعاش القلبي الرئوي (CPR).

(8) ADDITIONAL STATEMENTS / بيانات إضافية

[**هذا القسم اختياري.** سيكون الجزء الأول ساري المفعول حتى لو ترك هذا القسم فارغاً. يتيح لك هذا القسم تحديد تفضيلات علاجية إضافية، أو تقديم إرشادات إضافية لوكيل الرعاية الصحية الخاص بك (إذا كنت قد اخترت وكيل رعاية صحية في الجزء الأول)، أو تقديم معلومات حول قيمك الشخصية والدينية بشأن علاجك الطبي. على سبيل المثال، قد ترغب في ذكر تفضيلاتك العلاجية فيما يتعلق بأدوية مكافحة العدوى أو الجراحة أو البتر أو نقل الدم أو الغسيل الكلوي. قد ترغب في تقديم إرشادات لوكيل الرعاية الصحية الخاص بك (إذا كنت قد اخترت وكيل رعاية صحية في الجزء الأول) حول اتباع تفضيلاتك العلاجية مع العلم أنه لا يمكنك التنبؤ بكل ما يمكن أن يحدث لك بعد أن تصبح غير قادر على التعبير عن تفضيلاتك العلاجية. قد ترغب في ذكر تفضيلاتك المحددة فيما يتعلق بتخفيف الألم.]

____

____

____

(9) IN CASE OF PREGNANCY / في حالة الحمل

[سيكون الجزء الأول ساري المفعول حتى لو ترك هذا القسم فارغاً.]

أفهم أنه بموجب قانون جورجيا، لن يكون للجزء الثاني عمومًا أي سريان أو تأثير إذا كنت حاملاً ما لم يكن الجنين غير قابل للحياة وأشير بالتوقيع بالأحرف الأولى أدناه أنني أريد تنفيذ الجزء الثاني.

_________ (الأحرف الأولى / Initials) I want PART TWO to be carried out if my fetus is not viable./
أريد تنفيذ الجزء الثاني إذا كان جنيني غير قابل للحياة.

PART THREE: GUARDIANSHIP / الجزء الثالث: الوصاية

GUARDIANSHIP (10) / الوصاية

[**الجزء الثالث اختياري.** ستكون هذه التوجيهات المسبقة للرعاية الصحية سارية المفعول حتى لو تركت الجزء الثالث فارغاً. إذا كنت ترغب في ترشيح شخص ليكون وصيًا عليك في حال قررت المحكمة تعيين وصي لك، أكمل الجزء الثالث. ستقوم المحكمة بتعيين وصي لك إذا وجدت المحكمة أنك غير قادر على اتخاذ قرارات مسؤولة كبيرة لنفسك فيما يتعلق بدعمك الشخصي أو سلامتك أو رفاهيتك. ستعين المحكمة الشخص الذي رشحته أنت إذا وجدت المحكمة أن التعيين سيخدم مصلحتك ورفاهتك. إذا كنت قد اخترت وكيل رعاية صحية في الجزء الأول، فيجوز لك (ولكن ليس مطلوباً منك) ترشيح الشخص نفسه ليكون وصياً عليك. إذا لم يكن وكيل الرعاية الصحية هو نفسه الوصي عليك، فستكون لوكيل الرعاية الصحية الأولوية على الوصي عليك في اتخاذ قرارات الرعاية الصحية الخاصة بك، ما لم تقرر المحكمة خلاف ذلك.]

[حدد تفضيلاتك بكتابة الأحرف الأولى من اسمك في (A) أو (B). اختر (A) فقط إذا كنت قد أكملت أيضًا الجزء الأول.]

(A) __________ (Initials / الأحرف الأولى) I nominate the person serving as my health care agent under PART ONE to serve as my guardian./
أرشح الشخص الذي يقوم بدور وكيل الرعاية الصحية الخاصة بي بموجب الجزء الأول ليكون وصياً عليّ.

أو

(B) __________ (Initials / الأحرف الأولى) I nominate the following person to serve as my guardian/
أرشح الشخص التالي ليكون وصيًا عليّ:

Name / الاسم:____

Address / العنوان:____

Telephone Numbers / أرقام الهاتف:______________________________________
(Home, Work, and Mobile / المنزل والعمل والهاتف المحمول)

الجزء الرابع: السريان والتوقيعات / PART FOUR: EFFECTIVENESS AND SIGNATURES

لن يصبح هذا التوجيه المسبق للرعاية الصحية ساري المفعول إلا إذا كنتُ غير قادر على اتخاذ قرارات الرعاية الصحية الخاصة بي أو اخترتُ عدم اتخاذها أو التواصل بشأنها.

يلغي هذا النموذج أي توجيهات مسبقة للرعاية الصحية أو توكيل رسمي دائم للرعاية الصحية أو تفويض للرعاية الصحية أو وصية أثناء الحياة كنت قد أكملتها قبل هذا التاريخ.

ما لم أوقع بالأحرف الأولى أدناه وأقدم تواريخ أو أحداث مستقبلية بديلة، يصبح هذا التوجيه المسبق للرعاية الصحية ساريًا في الوقت الذي أوقع عليه ويظل ساريًا حتى وفاتي (وبعد وفاتي بالقدر المصرح به في القسم (5) من الجزء الأول).

__________ (Initials / الأحرف الأولى) يصبح هذا التوجيه المسبق للرعاية الصحية ساري المفعول في أو عند __________________ وينتهي في أو عند __________________.

يجب عليك التوقيع على هذا النموذج وتأريخه أو الإقرار بتوقيعه وتأريخه بحضور شاهدين. ويجب أن يكون الشاهدان عاقلين وأن لا يقل عمرهما عن 18 عاماً، ولكن لا يجب أن يكون الشاهدان معاً أو حاضرين معك عند توقيعك على هذا النموذج.

A witness / الشاهد:

- *لا يمكن أن يكون شخصًا تم اختياره ليكون وكيل الرعاية الصحية الخاص بك أو وكيل الرعاية الصحية الاحتياطي في الجزء الأول؛*
- *لا يمكن أن يكون شخصًا سيرث منك أي شيء عن علم أو سيحصل على منفعة مالية من وفاتك عن علم؛ أو*
- *لا يمكن أن يكون شخصًا مشاركًا بشكل مباشر في رعايتك الصحية.*

يمكن أن يكون أحد الشهود فقط موظفاً أو وكيلاً أو عضواً في الطاقم الطبي في المستشفى أو مرفق التمريض الماهر أو دار رعاية المحتضرين أو أي مرفق رعاية صحية أخرى تتلقى فيه الرعاية الصحية (ولكن لا يمكن أن يكون هذا الشاهد مشاركاً بشكل مباشر في رعايتك الصحية).

بالتوقيع أدناه، أصرح بأنني قادر عاطفيًا وعقليًا على إصدار هذا التوجيه المسبق للرعاية الصحية وأنني أفهم الغرض منه وتأثيره.

______________________________ ______________
(Signature of Declarant / توقيع المُصرِّح) (Date / التاريخ)

وقع المُصرح على هذا النموذج في حضوري أو أقر لي بتوقيعه على هذا النموذج. واستنادًا إلى ملاحظتي الشخصية، بدا لي أن المُصرح قادرًا عاطفيًا وعقليًا على إصدار هذا التوجيه المسبق للرعاية الصحية ووقع على هذا النموذج طواعيةً وعن طيب خاطر.

______________________________ ______________
(Signature of First Witness / توقيع الشاهد الأول) (Date / التاريخ)

Print Name / الاسم بحروف واضحة: ______________________________

Address / العنوان: ______________________________

______________________________ ______________
(Signature of Second Witness / توقيع الشاهد الثاني) (Date / التاريخ)

Print Name / الاسم بحروف واضحة: ______________________________

Address / العنوان: ______________________________

[لا يحتاج هذا النموذج إلى تسجيله قانونيًا.]