EMORY HEALTHCARE

NEPALI TRANSLATIONS

GEORGIA ADVANCE DIRECTIVE FOR HEALTH CARE

स्वास्थ्य सेवाका लागि जिर्जया एड्भान्स डाइरेक्टिभ

By/द्वारा: _____ Date of Birth/जन्म मिति: _____

(Print Name/नाम प्रिन्ट गर्नुहोस्) (Month/Day/Year महिना/दिन/वर्ष)

स्वास्थ्य सेवाका लागि यस अग्रिम निर्देशनका चार भागहरू छन्:

PART ONE/भाग एक — HEALTH CARE AGENT/स्वास्थ्य सेवा अभिकर्ता। *यस भागले तपाईंलाई कुनै त्यस्तो व्यक्ति रोज्न अनुमति दिन्छ जसले तपाईं आफैँ स्वास्थ्य सेवा सम्बन्धी निर्णय लिन नसक्ने (वा निर्णय लिन चाहनु हुन्न) अवस्थामा तपाईंका लागि स्वास्थ्य सेवा सम्बन्धी निर्णयहरू लिन सक्छन्। तपाईंले रोज्ने व्यक्तिलाई स्वास्थ्य सेवा अभिकर्ता भनिन्छ। तपाईंले आफ्नो मृत्यु पश्चात स्वास्थ्य सेवा अभिकर्तालाई शव परीक्षण, अङ्ग दान, शरीर दान र आफ्नो शवको अन्तिम व्यवस्थापनसँग सम्बन्धित निर्णयहरू गर्न अनुमति दिन सक्नुहुन्छ। तपाईंले यस महत्त्वपूर्ण भूमिकाबारे आफ्नो स्वास्थ्य सेवा अभिकर्तासँग कुरा गर्नुपर्छ।*

PART TWO/भाग दुई — TREATMENT PREFERENCES/उपचारका प्राथमिकताहरू। *यस भागले तपाईंलाई आफू कुनै गम्भीर अवस्थामा वा स्थायी रूपमा बेहोसीको अवस्थामा रहेमा आफ्नो उपचार प्राथमिकताहरू बताउन अनुमति दिन्छ। भाग दुई त्यतिबेला मात्र प्रभावकारी हुनेछ जब तपाईं आफ्नो उपचार प्राथमिकताहरू सम्प्रेषण गर्न असमर्थ हुनुहुन्छ। भाग दुई प्रभावकारी हुनु अघि तपाईंको उपचारका प्राथमिकताहरूका बारेमा तपाईंसँग संवाद गर्न उचित र उपयुक्त प्रयास गरिनेछ। तपाईंले आफ्नो उपचार प्राथमिकताहरूको बारेमा आफ्नो परिवार र नजिकका व्यक्तिहरूसँग कुरा गर्नुपर्छ।*

PART THREE/भाग तीन — GUARDIANSHIP/अभिभावकत्व। *यो भागले तपाईंलाई आवश्यकता पर्दा कुनै व्यक्तिलाई आफ्नो अभिभावकको रूपमा मनोनित गर्न अनुमति दिन्छ।*

PART FOUR/भाग चार — EFFECTIVENESS AND SIGNATURES/प्रभावकारिता र हस्ताक्षर। *यस भागमा तपाईंको हस्ताक्षर र दुईजना साक्षीहरूको हस्ताक्षर आवश्यक पर्छ। यदि तपाईंले यस फारमको कुनै अन्य भाग भर्नुभएको छ भने, भाग चार पूरा गर्नै पर्छ।*

तपाईंले माथि सूचीबद्ध भएका पहिलो तीन भाग मध्ये कुनै पनि वा सबै भागहरू भर्न सक्नुहुन्छ। यस फारामलाई प्रभावकारी बनाउनका लागि तपाईंले यसको चौथो भाग अनिवार्य रूपमा भर्नुपर्छ।

यो भरिएको फारामको एक प्रति ती व्यक्तिहरूलाई दिनुहोस्, जसलाई यसको आवश्यकता हुन सक्छ, जस्तै, तपाईंको स्वास्थ्य सेवा अभिकर्ता, परिवार र चिकित्सक। यस फारामको एक प्रति घरमा सजिलै भेटाउन मिल्ने ठाउँमा राख्नुहोस्, ताकि आवश्यक पर्दा सहजै प्राप्त गर्न सकियोस्। यस फारामलाई समय समयमा पुनरावलोकन गर्नुहोस्, ताकि यसले अझै पनि तपाईंका प्राथमिकताहरूलाई प्रतिबिम्बित गर्छ भनी यो सुनिश्चित गर्न सकिन्छ। यदि तपाईंका प्राथमिकताहरू परिवर्तन भएमा स्वास्थ्य सेवाका लागि नयाँ अग्रिम निर्देशन पूरा गर्नुहोस्।

स्वास्थ्य सेवाका लागि अग्रिम फाराम प्रयोग गर्नु पूर्ण रूपमा ऐच्छिक हो। जर्जियामा अन्य प्रकारका स्वास्थ्य सेवाका लागि अग्रिम निर्देशन फारामहरू प्रयोग गर्न सकिन्छ।

तपाईंले यो पूरा गरिएको फाराम जुनसुकै बेला रद्द गर्न सक्नुहुन्छ। यो पूरा गरिएको फारामले यसअघि तपाईंले पूरा गर्नुभएको कुनै पनि स्वास्थ्य सेवाका लागि अग्रिम निर्देशन, स्वास्थ्य सेवाका लागि स्थायी शक्ति, स्वास्थ्य सेवा प्रोक्सी, वा जीवित इच्छालाई प्रतिस्थापन गर्नेछ।

PART ONE: HEALTH CARE AGENT/भाग एक: स्वास्थ्य सेवा अभिकर्ता

[भाग दुई पूरा नभए पनि भाग एक लागू हुनेछ। तपाईंको स्वास्थ्य सेवा उपचारमा प्रत्यक्ष रूपमा संलग्न चिकित्सक वा स्वास्थ्य सेवा प्रदायक तपाईंको स्वास्थ्य सेवा अभिकर्ता बन्न सक्दैन। यदि तपाई विवाहित हुनुहुन्छ भने, भविष्यमा हुने सम्बन्ध विच्छेद वा तपाईंको वैवाहिक विच्छेदले तपाईंको स्वास्थ्य सेवा अभिकर्ताका रूपमा तपाईंको वर्तमान जीवनसाथीको चयनलाई रद्द गर्नेछ। यदि तपाई अविवाहित हुनुहुन्छ भने, तपाईंले आफ्नो स्वास्थ्य सेवा अभिकर्ता रूपमा चयन गर्नुभएको व्यक्ति तपाईंको नयाँ जीवनसाथी नभएसम्म भविष्यमा हुने विवाहले तपाईंको स्वास्थ्य सेवा अभिकर्ता चयनलाई रद्द गर्नेछ।]

(1) HEALTH CARE AGENT/स्वास्थ्य सेवा अभिकर्ता

मैले मेरा लागि मेरो स्वास्थ्य सेवा सम्बन्धि निर्णयहरू लिन निम्नलिखित व्यक्तिलाई मेरो स्वास्थ्य सेवा अभिकर्ताका रूपमा चयन गरेको छु:

Name/नाम: _____

Address/ठेगाना:

_____

Telephone/टेलिफोन नम्बर:

_____

(Home, Work, and Mobile/घर, कार्यालय र मोबाइल)

(2) BACK-UP HEALTH CARE AGENT/ब्याक-अप स्वास्थ्य सेवा अभिकर्ता

[यो खण्ड ऐच्छिक छ। यो खण्ड खाली छोडिएको भएमा पनि भाग एक प्रभावी हुनेछ।]

यदि मेरो स्वास्थ्य सेवा अभिकर्तालाई समयमै सम्पर्क गर्न सकिँदैन वा उचित प्रयासहरू गरेर पनि भेट्न सकिँदैन वा कुनै कारणले मेरो स्वास्थ्य सेवा अभिकर्ता अनुपलब्ध वा मेरो स्वास्थ्य सेवा अभिकर्ताको रुपमा काम गर्न असक्षम छ वा अनिच्छुक भएमा, म निम्नलिखित व्यक्तिहरूलाई क्रमशः मेरा ब्याक-अप (त्यस पछिका) स्वास्थ्य सेवा अभिकर्ताका रूपमा चयन गर्छु:

Name/नाम: _____

Address/ठेगाना:

_____

Telephone/टेलिफोन नम्बर:

_____

(Home, Work, and Mobile/घर, कार्यालय र मोबाइल)

Name/नाम: _____

Address/ठेगाना:

_____

Telephone/टेलिफोन नम्बर:

_____

(Home, Work, and Mobile/घर, कार्यालय र मोबाइल)

(3) GENERAL POWERS OF HEALTH CARE AGENT/स्वास्थ्य सेवा अभिकर्ताका सामान्य अधिकारहरू

जब म आफ्नो स्वास्थ्य सेवा सम्बन्धी निर्णयहरू व्यक्त गर्न असमर्थ हुन्छु वा मैले मेरो स्वास्थ्य सेवा अभिकर्तामार्फत आफ्ना निर्णयहरू व्यक्त गराउने विकल्प चयन गर्छु भने मेरो स्वास्थ्य सेवा अभिकर्ताले मेरा लागि स्वास्थ्य सेवा सम्बन्धी निर्णयहरू लिनेछ।

मेरो स्वास्थ्य सेवा अभिकर्तालाई स्वास्थ्य सेवा सम्बन्धी मैले लिन सक्ने निर्णय जतिकै निर्णय लिने अधिकार हुनेछ। मेरो स्वास्थ्य सेवा अभिकर्तालाई अधिकार प्रदानमा, उदाहरणका लागि, निम्न अधिकार समावेश हुन्छन्:

- मलाई कुनै पनि अस्पताल, दक्ष नर्सिङ सुविधा, हस्पिस वा अन्य स्वास्थ्य सेवा सुविधा वा सेवामा भर्ना गर्न वा डिस्चार्ज गर्न;
- कुनै पनि प्रकारको स्वास्थ्य सेवाका लागि अनुरोध गर्न, स्वीकृति दिन, रोक्न वा फिर्ता लिन; र
- मेरो लागि कुनै पनि स्वास्थ्य सेवा सुविधा वा सेवा सम्झौता गर्न र ती सेवाहरूको भुक्तानीका लागि मलाई जिम्मेवार बनाउन (र मेरो स्वास्थ्य सेवा अभिकर्ता मेरो लागि वा मेरो तर्फबाट सम्झौता गरिएका कुनै पनि सेवाका लागि आर्थिक रूपमा जिम्मेवार हुनेछैन)।

मेरो स्वास्थ्य सेवा अभिकर्ताले चिकित्सा रेकर्डको गोपनीयता सम्बन्धी संघीय वा राज्य कानुनका सबै उद्देश्यका लागि मेरो व्यक्तिगत प्रतिनिधि हुनेछ (स्वास्थ्य बीमा पोर्टेबिलिटी र उत्तरदायित्व ऐन 1996 लगायत) र मेरो चिकित्सा रेकर्डमा मेरो जस्तै समान रेकर्ड पहुँच हुनेछ र मेरो चलिरहेको स्वास्थ्य सेवाको लागि मेरो चिकित्सा रेकर्डको सामग्री अन्य व्यक्तिलाई खुलासा गर्न सक्नेछ।

एम्बुलेन्स कर्मचारीको विचारमा प्रोटोकलले यात्रुलाई अनुमति दिन्छ भने, मेरो स्वास्थ्य सेवा अभिकर्ता एम्बुलेन्स वा एयर एम्बुलेन्समा मसँगै जान सक्नुहुन्छ र म अस्पताल, दक्ष नर्सिङ सुविधा, होस्पिस वा अन्य स्वास्थ्य सेवा सुविधा वा सेवामा हुँदा त्यहाँको प्रोटोकलले अनुमति दिन्छ भने मेरो स्वास्थ्य सेवा अभिकर्ताकि प्रत्यक्ष रूपमा भेट्न वा परामर्श गर्न सक्नुहुन्छ।

मेरो स्वास्थ्य सेवा अभिकर्ताले मूल प्रतिको सट्टामा स्वास्थ्य सेवाका लागि यस निर्देशनको प्रतिलिपि प्रस्तुत गर्न सक्नुहुन्छ र प्रतिलिपिले मूल प्रति जस्तै समान अर्थ र प्रभाव राख्नेछ।

म जर्जियाको कानुन अन्तर्गत निम्न कुराहरू हुन्छन् भनी बुझ्दछु:

- मेरो स्वास्थ्य सेवा अभिकर्ताले मेरो स्वास्थ्य सेवा अभिकर्ताको रूपमा कार्य गर्न अस्वीकार गर्न सक्नुहुन्छ;
- अदालतले मेरो स्वास्थ्य सेवा अभिकर्ताले उपयुक्त तरिकाले कार्य नगरेको पाएमा उसका अधिकारहरू फिर्ता गर्न सक्छ; र

- मेरो स्वास्थ्य सेवा अभिकर्तालाई मेरो मनोशल्य चिकित्सा, नसबन्दी वा मानसिक वा भावनात्मक रोग, मानसिक विकार वा नशाको लत सम्बन्धी रोगको उपचार वा अनैच्छिक अस्पतालमा भर्नाका सम्बन्धमा स्वास्थ्य सेवाका लागि निर्णय लिने अधिकार छैन।

(4) GUIDANCE FOR HEALTH CARE AGENT/स्वास्थ्य सेवा अभिकर्ताका लागि मार्गदर्शन

मेरो लागि स्वास्थ्य सेवा सम्बन्धी निर्णय गर्दा, मेरो स्वास्थ्य सेवा अभिकर्ताले हामीले अघिल्लो वार्तालापमा गरेका छलफलहरू, भाग दुईमा मैले व्यक्त गरेका उपचार प्राथमिकताहरू (यदि मैले भाग दुई भरेको छु भने), मेरो धार्मिक र अन्य मूल्य तथा मान्यताहरू र मैले विगतमा चिकित्सा र अन्य महत्त्वपूर्ण मुद्दाहरूलाई कसरी व्यवस्थापन गरेको छु, त्यस अनुसार कस्तो कारबाही हुनुपर्दछ भनी सोच्नुपर्छ। यदि मेरो निर्णय अझै स्पष्ट छैन भने, मेरो स्वास्थ्य सेवा अभिकर्ताले मेरा लागि मेरा वर्तमान परिस्थिति र उपचारका विकल्पहरूको फाइदा, बोझ र जोखिमहरूलाई विचार गर्दै मेरो सर्वोत्तम हितमा हुने निर्णय गर्नुपर्छ।

(5) POWERS OF HEALTH CARE AGENT AFTER DEATH/मृत्युपछि स्वास्थ्य सेवा अभिकर्ताको अधिकार

(A) AUTOPSY/शव परीक्षण

मैले तल हस्ताक्षर गरेर आफ्नो स्वास्थ्य सेवा अभिकर्ताको अधिकारलाई सीमित नगरेसम्म मेरो स्वास्थ्य सेवा अभिकर्तालाई मेरो शरीरको शव परीक्षण गर्ने अधिकार हुनेछ।

_____ (Initials/हस्ताक्षर) My health care agent will not have the power to authorize an autopsy of my body (unless an autopsy is required by law)./मेरो स्वास्थ्य सेवा अभिकर्तालाई मेरो शरीरको शव परीक्षण गर्ने अधिकार हुनेछैन (जबसम्म कानुनद्वारा शव परीक्षण अनिवार्य गरिएको हुँदैन)।

(B) ORGAN DONATION AND DONATION OF BODY/अङ्ग दान र शरीरको दान

मैले तल हस्ताक्षर गरेर मेरो स्वास्थ्य सेवा अभिकर्ताको अधिकारलाई सीमित नगरेसम्म मेरो स्वास्थ्य सेवा अभिकर्तालाई जर्जिया एनाटोमिकल गिफ्ट एक्ट अन्तर्गत चिकित्सा प्रयोजनका लागि मेरो शरीरको कुनै पनि भाग वा पूरै शरीर व्यवस्थापन गर्ने अधिकार हुनेछ।

[तपाईंले लागू गर्न चाहनुभएको प्रत्येक विवरणमा हस्ताक्षर गर्नुहोस्।]

_____ (Initials/हस्ताक्षर) My health care agent will not have the power to make a disposition of my body for use in a medical study program./मेरो स्वास्थ्य सेवा अभिकर्तालाई चिकित्सा अध्ययन कार्यक्रममा प्रयोगको लागि मेरो शरीरको व्यवस्थापन गर्ने अधिकार हुनेछैन।

_____ (Initials/हस्ताक्षर) My health care agent will not have the power to donate any of my organs./मेरो स्वास्थ्य सेवा अभिकर्तालाई मेरा कुनै पनि अङ्गहरू दान गर्ने अधिकार हुनेछैन।

(C) FINAL DISPOSITION OF BODY/शरीरको अन्तिम व्यवस्थापन

मैले तल हस्ताक्षर नगरेसम्म मेरो स्वास्थ्य सेवा अभिकर्तालाई मेरो शरीरको अन्तिम व्यवस्थापनको बारेमा निर्णय गर्ने अधिकार हुनेछ।

_____ (Initials/हस्ताक्षर) I want the following person to make decisions about the final disposition of my body/म निम्न व्यक्तिले मेरो शरीरको अन्तिम व्यवस्थापनको बारेमा निर्णय गरोस् भन्ने चाहन्छु:

Name/नाम: _____

Address/ठेगाना:

_____

Telephone/टेलिफोन नम्बर:

_____

(Home, Work, and Mobile/घर, कार्यालय र मोबाइल)

म मेरो शरीरलाई निम्न गरियोस् भन्ने चाहन्छु:

_____ (Initials/हस्ताक्षर) Buried/गाडियोस्

वा

_____ (Initials/हस्ताक्षर) Cremated/दाहसंस्कार गरियोस् (जलाइयोस्)

PART TWO: TREATMENT PREFERENCES/भाग दुई: उपचार प्राथमिकताहरू

[भाग दुई तब मात्र प्रभावकारी हुनेछ जब तपाईंको उपचार प्राथमिकताहरूका बारेमा तपाईंसँग संवाद गर्नका लागि उचित र उपयुक्त प्रयास पश्चात पनि तपाईं आफ्नो उपचारको प्राथमिकताहरू व्यक्त गर्न असमर्थ हुनुहुन्छ। भाग एक पूरा नभए पनि भाग दुई प्रभावकारी हुनेछ। यदि तपाईंले भाग एकमा स्वास्थ्य सेवा अभिकर्ता चयन गर्नुभएको छैन भने, अथवा यदि तपाईंको स्वास्थ्य सेवा अभिकर्ता उपलब्ध छैन भने, भाग दुईले तपाईंको चिकित्सक र अन्य स्वास्थ्य सेवा प्रदायकहरूलाई तपाईंको उपचार प्राथमिकताहरूको जानकारी प्रदान गर्नेछ। यदि तपाईंले भाग एकमा स्वास्थ्य सेवा अभिकर्ता चयन गर्नुभएको छ भने, तपाईंको स्वास्थ्य सेवा अभिकर्तालाई भाग दुईद्वारा समेटिएका विषयहरूमा तपाईंको स्वास्थ्य सेवा सम्बन्धी सबै निर्णय गर्ने अधिकार हुनेछ। तपाईंको स्वास्थ्य सेवा अभिकर्तालाई तपाईंको उपचार प्राथमिकताहरू र भाग एकको खण्ड (4) मा उल्लेख गरिएका अन्य कारकहरूले मार्गदर्शन गर्नेछ।]

(6) CONDITIONS/अवस्थाहरू

यदि म निम्नलिखित मध्ये कुनै पनि अवस्थामा भएमा, भाग दुई प्रभावकारी हुनेछ:

[तपाईंले भाग दुई प्रभावकारी होस् भनी चाहनुभएको प्रत्येक अवस्थामा प्रारम्भिक हस्ताक्षर गर्नुहोस्।]

_____ (Initials/हस्ताक्षर) 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./टर्मिनल अवस्था, जसको अर्थ मसँग निको नहुने अथवा अपरिवर्तनीय अवस्था छ जसले केही समयमा मेरो मृत्यु निम्त्याउँछ।

_____ (Initials/हस्ताक्षर) 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./स्थायी बेहोसीको अवस्था, जसको अर्थ म एउटा निको नहुने वा अपरिवर्तनीय अवस्थामा छु जसमा मलाई आफ्नो वा आफ्नो वातावरणको बारेमा थाहा छैन र मैले आफ्नो वातावरणप्रति कुनै व्यवहारिक प्रतिक्रिया देखाउँदिन।

मेरो स्वास्थ्य-स्थिति निर्धारण मेरो उपस्थित चिकित्सक र एक अन्य चिकित्सकद्वारा व्यक्तिगत रूपमा परीक्षण पश्चात लिखित रूपमा गरिनेछ र यो वर्तमान समयमा स्वीकृत चिकित्सा मापदण्ड अनुसार हुनेछ।

(7) TREATMENT PREFERENCES/उपचार प्राथमिकताहरू

[(क), (ख) वा (ग) मा हस्ताक्षर गरेर आफ्नो उपचार प्राथमिकता बताउनुहोस्। यदि तपाईंले (ग) रोज्नुभएको छ भने, (ग) पछिका एक वा बढी कथनहरूमा हस्ताक्षर गरेर आफ्नो अतिरिक्त उपचार प्राथमिकता बारे बताउनुहोस्। तपाईंले अर्को खण्डमा आफ्नो उपचार प्राथमिकताहरू बारे थप निर्देशनहरू दिन सक्नुहुन्छ। तपाईंलाई पीडाको निवारण सहित आरामदायक उपचार सेवा दिइनेछ, तर तपाईंले पीडाबाट राहतका लागि आफ्ना विशेष प्राथमिकताहरू अर्को खण्डमा पनि बताउन चाहन सक्नुहुन्छ।]

यदि म माथि खण्ड (6) मा हस्ताक्षर गरिएको कुनै पनि अवस्थामा छु र म मेरो उपचार प्राथमिकताहरूका बारेमा मसँग संवाद गर्नका लागि उचित र उपयुक्त प्रयास पछि पनि म आफ्नो उपचार प्राथमिकताहरू व्यक्त गर्न असमर्थ छुः

(A) _____ (Initials/हस्ताक्षर) 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./सबै औषधि, मेसिन वा अन्य चिकित्सा प्रक्रियाहरू प्रयोग गरेर सकेसम्म मेरो जीवनलाई बढाउने प्रयास गर्नुहोस्, जसले उचित चिकित्सा निर्णयमा मलाई जीवित राख्न सक्छ। यदि म मुखबाट पोषण वा तरल पदार्थ लिन असमर्थ भएमा, म ट्युब वा अन्य चिकित्सा उपायद्वारा पोषण वा तरल पदार्थ प्राप्त गर्न चाहन्छु।

वा

(B) _____ (Initials/हस्ताक्षर) Allow my natural death to occur./मेरो प्राकृतिक मृत्यु हुन दिनुहोस्। म यस्तो औषधि, मेसिन वा अन्य चिकित्सा प्रक्रियाहरूको प्रयोग गर्न चाहन्न जसले मलाई जिउँदै राख्न सक्छ तर निको पार्न सक्दैन। दुखाइको औषधि उपलब्ध गराउन आवश्यक अवस्था बाहेक म ट्युब वा अन्य चिकित्सा उपायद्वारा पोषण वा तरल पदार्थ प्राप्त गर्न चाहन्न।

वा

(C) _____ (Initials/हस्ताक्षर) 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/तल उल्लेखित अवस्था बाहेक म त्यस्तो कुनै औषधि, मेसिन वा अन्य चिकित्सा प्रक्रियाहरू चाहन्न, जसले उचित चिकित्सा निर्णमा मलाई जिउँदै राख्न सक्छ तर मलाई निको पार्न सक्दैन:

[तपाईंले विकल्प (ग) मा लागू गर्न चाहनुभएको प्रत्येक कथनमा हस्ताक्षर गर्नुहोस्।]

_____ (Initials/हस्ताक्षर) If I am unable to take nutrition by mouth, I want to receive nutrition by tube or other medical means./यदि म मुखबाट पोषण लिन असमर्थ भएमा, म ट्युब वा अन्य चिकित्सा उपायद्वारा पोषण प्राप्त गर्न चाहन्छु।

_____ (Initials/हस्ताक्षर) If I am unable to take fluids by mouth, I want to receive fluids by tube or other medical means./यदि म मुखबाट तरल पदार्थ लिन असमर्थ भएमा, म ट्युब वा अन्य चिकित्सा उपायद्वारा तरल पदार्थ प्राप्त गर्न चाहन्छु।

_____ (Initials/हस्ताक्षर) If I need assistance to breathe, I want to have a ventilator used./यदि मलाई सास फेर्न मद्दत चाहिएमा, म भेन्टिलेटरको प्रयोग गराउन चाहन्छु।

_____ (Initials/हस्ताक्षर) If my heart or pulse has stopped, I want to have cardiopulmonary resuscitation (CPR) used./यदि मेरो मुटु वा नाडी रोकिएको छ भने, म कार्डियोपल्मोनरी रेससिटेसन (CPR) प्रयोग गराउन चाहन्छु।

(8) ADDITIONAL STATEMENTS/अतिरिक्त कथनहरू

*[**यो खण्ड वैकल्पिक हो।** यो खण्ड खाली छोडिएको भए पनि भाग दुई प्रभावकारी हुनेछ। यो खण्डले तपाईंलाई थप उपचार प्राथमिकताहरू बताउन, आफ्नो स्वास्थ्य सेवा अभिकर्तालाई थप मार्गदर्शन दिन (यदि तपाईंले भाग एकमा स्वास्थ्य सेवा अभिकर्ता चयन गर्नुभएको छ भने) वा तपाईंको चिकित्सा उपचारको सम्बन्धी आफ्नो व्यक्तिगत र धार्मिक मान्यताहरू बारेमा जानकारी दिन अनुमति दिन्छ। उदाहरणका लागि, तपाईंले संक्रमणसँग लड्न औषधि-उपचार, शल्यक्रिया, अङ्ग विच्छेदन, रक्तक्षेपन वा मिर्गौला डायलासिसको सबन्धमा आफ्नो उपचार प्राथमिकताहरू बताउन चाहन सक्नुहुन्छ। तपाईंले आफ्नो उपचार प्राथमिकता सम्प्रेषण गर्न नसकेपछि तपाईंले सबै कुरा पूर्वानुमान गर्न सक्नुहुन्न भन्ने बुझेर, तपाईंले आफ्नो स्वास्थ्य सेवा अभिकर्तालाई आफ्नो उपचार प्राथमिकताहरू पालना गर्न निर्देशन दिन सक्नुहुन्छ (यदि तपाईंले भाग एकमा स्वास्थ्य सेवा अभिकर्ता चयन गर्नुभएको छ भने)। तपाईं पीडा निवारण सम्बन्धी आफ्ना विशेष प्राथमिकताहरू उल्लेख गर्न चाहन सक्नुहुन्छ।]*

_____

_____

_____

(9) IN CASE OF PREGNANCY/गर्भावस्थाको स्थितिमा

[यो खण्ड खाली छोडिएको भए पनि भाग दुई प्रभावकारी हुनेछ।]

म बुझ्दछु कि जर्जिया कानुन अनुसार, म गर्भवती भएको अवस्थामा भ्रुण जीवित नभएसम्म सामान्यतया भाग दुईको कुनै बल वा प्रभाव हुने छैन र म तल हस्ताक्षर गरेर भाग दुई कार्यान्वयन गरियोस् भन्ने चाहन्छु भनी सङ्केत गर्छु।

_____ (Initials/हस्ताक्षर) I want PART TWO to be carried out if my fetus is not viable./यदि मेरो भ्रुण जीवित छैन भने, म भाग दुई कार्यान्वयन गरियोस् भन्ने चाहन्छु।

PART THREE: GUARDIANSHIP/भाग तीन: अभिभावकत्व

(10) GUARDIANSHIP/अभिभावकत्व

*[**भाग तीन वैकल्पिक हो।** भाग तीन खाली छोडिएको भए पनि यो स्वास्थ्य सेवाका लागि अग्रिम निर्देशन प्रभावकारी हुनेछ। यदि तपाईंले कुनै व्यक्तिलाई आफ्नो संरक्षकको रूपमा मनोनित गर्न चाहनुहुन्छ भने अदालतद्वारा संरक्षक नियुक्त गर्नुपर्छ भन्ने निर्णय भएमा भाग तीन पूरा गर्नुहोस्। यदि अदालतले तपाईं आफ्नो व्यक्तिगत सहयोग, सुरक्षा वा कल्याणका लागि महत्त्वपूर्ण जिम्मेवार निर्णयहरू लिन सक्षम हुनुहुन्न भन्ने फेला पारेमा अदालतले तपाईंका लागि संरक्षक नियुक्त गर्नेछ। यदि अदालतलाई संरक्षकको नियुक्तिले तपाईंको सर्वोत्तम हित र कल्याणका लागि काम गर्नेछ भन्ने लागेमा, अदालतले तपाईंद्वारा मनोनित व्यक्तिलाई नियुक्ति गर्नेछ। यदि तपाईंले भाग एकमा स्वास्थ्य सेवा अभिकर्ता चयन गर्नुभएको छ भने, तपाईंले उही व्यक्तिलाई आफ्नो संरक्षकको रूपमा मनोनयन गर्न सक्नुहुन्छ (तर यसो गर्न आवश्यक छैन)। यदि तपाईंको स्वास्थ्य सेवा अभिकर्ता र संरक्षक एउटै व्यक्ति होइन भने, अदालतले अर्को निर्णय नगरेसम्म तपाईंको स्वास्थ्य सेवा अभिकर्तालाई तपाईंको स्वास्थ्य सेवा सम्बन्धी निर्णयहरू गर्न प्राथमिकता हुनेछ।]*

[(क) वा (ख) मा हस्ताक्षर गरेर आफ्नो प्राथमिकता बताउनुहोस्। यदि तपाईंले भाग एक पनि पूरा गर्नुभएको छ भने मात्र (क) छान्नुहोस्।]

(A) _____ (Initials/हस्ताक्षर) I nominate the person serving as my health care agent under PART ONE to serve as my guardian./म भाग एक अन्तर्गत आफ्नो स्वास्थ्य सेवा अभिकर्ताको रूपमा कार्यरत व्यक्तिलाई मेरो संरक्षकको रूपमा मनोनयन गर्दछु।

वा

(B) _____ (Initials/हस्ताक्षर) I nominate the following person to serve as my guardian/म निम्नलिखित व्यक्तिलाई मेरो संरक्षकको रूपमा काम गर्न मनोनयन गर्दछु:

Name/नाम: _____

Address/ठेगाना:

_____

Telephone/टेलिफोन नम्बर:

_____

(Home, Work, and Mobile/घर, कार्यालय र मोबाइल)

PART FOUR: EFFECTIVENESS AND SIGNATURES/भाग चार: प्रभावकारिता र हस्ताक्षर

म स्वयं आफ्नो स्वास्थ्य सेवासम्बन्धी निर्णय गर्न वा सम्प्रेषित गर्न असमर्थ भएको समयमा मात्र यो स्वास्थ्य सेवाका लागि अग्रिम निर्देशन प्रभावकारी हुनेछ।

यस फाराम स्वास्थ्य सेवाका लागि कुनै पनि अग्रिम निर्देशन, स्वास्थ्य सेवाका लागि स्थायी शक्ति, स्वास्थ्य सेवा प्रोक्सी, वा जीवित इच्छालाई रद्द गर्दछ जुन मैले यो मितिभन्दा पहिले पूरा गरेको थिएँ।

जबसम्म म तल हस्ताक्षर गरेर वैकल्पिक भविष्यको मिति वा घटनाहरू उपलब्ध गराउँदिन, यो स्वास्थ्य सेवाका लागि अग्रिम निर्देशन मैले यसमा हस्ताक्षर गरेपछि मात्र प्रभावकारी हुनेछ र मेरो मृत्युसम्म प्रभावकारी रहनेछ (र मेरो मृत्यु पश्चात पनि भाग एकको खण्ड (5) मा अनुमति दिए अनुसार हुनेछ)।

_____ (Initials/हस्ताक्षर) स्वास्थ्य सेवाका लागि यस अग्रिम निर्देशन मिति_____ मा प्रभावकारी हुनेछ
र मिति _____ मा समाप्त हुनेछ।

तपाईंले दुईजना साक्षीहरूको उपस्थितिमा यो फाराममा हस्ताक्षर र मिति उल्लेख गर्नुपर्छ वा हस्ताक्षर गरेको र मिति राखेको स्वीकार गर्नुपर्छ। दुवैजना साक्षीहरू मानसिक रूपमा सक्षम हुनुपर्छ र 18 वर्ष वा सोभन्दा बढी उमेरका हुनुपर्छ, तर तपाईंले यो फारamमा हस्ताक्षर गर्दा साक्षीहरू एकसाथ वा तपाईंसँग हुनु अनिवार्य छैन।

साक्षी:

- *भाग एकमा तपाईंको स्वास्थ्य सेवा अभिकर्ता वा ब्याक-अप स्वास्थ्य सेवा अभिकर्ताको रूपमा चयन गरिएको व्यक्ति हुनु हुँदैन;*
- *तपाईंको मृत्युपछि कुनै पनि प्रकारको सम्पत्तिको उत्तराधिकारीको रूपमा सम्पत्ति पाउने वा तपाईंबाट अन्य आर्थिक लाभ पाउने जानकारी भएको व्यक्ति हुनु हुँदैन; वा*
- *तपाईंको स्वास्थ्य सेवामा प्रत्यक्ष रूपमा संलग्न भएको व्यक्ति हुनु हुँदैन।*

तपाईंको स्वास्थ्य उपचार भइरहेको अस्पताल, दक्ष नर्सिङ सुविधा, हस्पिस वा अन्य स्वास्थ्य सेवा सुविधाको कर्मचारी, अभिकर्ता वा मेडिकल कर्मचारी सदस्य मध्ये एकजना मात्र साक्षीको रूपमा हुन सक्छन् (तर यो साक्षी तपाईंको स्वास्थ्य उपचारमा प्रत्यक्ष रूपमा संलग्न हुन सक्दैन)।

तल हस्ताक्षर गरेर, म स्वास्थ्य सेवाका लागि यस अग्रिम निर्देशन बनाउनका लागि मानसिक र भावनात्मक रूपमा सक्षम छु र म यस निर्देशनको उद्देश्य र प्रभाव बुझ्दछु भनी व्यक्त गर्दछु।

_____ _____

(Signature of Declarant/घोषणा गर्ने व्यक्तिको हस्ताक्षर) (Date/मिति)

घोषणा गर्ने व्यक्तिले मेरो उपस्थितिमा यो फाराममा हस्ताक्षर गरेको छ वा यो फाराममा हस्ताक्षर गरेको कुरा स्वीकार गरेको छ। मेरो व्यक्तिगत अवलोकनको आधारमा, घोषणा गर्ने व्यक्ति स्वास्थ्य सेवाका लागि यो अग्रिम निर्देशन बनाउन भावनात्मक र मानसिक रूपमा सक्षम देखिन्छ र उसले इच्छापूर्वक र स्वैच्छिक रूपले यस फाराममा हस्ताक्षर गरेको छ।

_____ _____

(Signature of First Witness/पहिलो साक्षीको हस्ताक्षर) (Date/मिति)

Print Name/नाम (प्रिन्ट गर्नुहोस्): _____

Address/ठेगाना: _____

_____ _____

(Signature of Second Witness/दोस्रो साक्षीको हस्ताक्षर) (Date/मिति)

Print Name/नाम (प्रिन्ट गर्नुहोस्): _____

Address/ठेगाना: _____

[यस फाराम नोटरी गर्न आवश्यक छैन।]