

الرغبات للرعاية الصحية: الاستمارة القصيرة¹Wishes for Health Care: Short Form¹توكيل الرعاية الصحية في ولاية مينيسوتا²Minnesota Health Care Directive²

أنظر إلى الصفحة ٣-٤ لمزيد من التعليمات

See pages 3-4 for completion directions

تاريخ الولادة:

Date of birth

الاسم الكامل:

Full Name

١. أعيّن الشخص التالي ليكون بمثابة وكيل رسمي لرعايتي الصحية. سيقوم هذا الشخص باتخاذ قرارات الرعاية الصحية نيابة عني إذا لم أتمكن من التواصل مع فريقتي الطبي أو من اتخاذ هذه القرارات بنفسني:

I appoint the following person to serve as my primary (main) health care agent. This person will make health care decisions for me if I cannot communicate or make these decisions myself:

صلته بي:

Relationship

اسم الوكيل:

Name

رقم آخر:

Other phone

رقم الجوال:

Cell phone

(اختياري): اعيّن الشخص التالي كبديل لوكيلي الرسمي في حال أنّ الوكيل الرسمي لرعايتي الصحية ليس متوفراً:

(Optional): I appoint this person as my alternate health care agent in the event my primary health care agent is not available:

صلته بي:

Relationship

الاسم:

Name

رقم آخر:

Other phone

رقم الجوال:

Cell phone

٢. (اختياري): اعطي التعليمات التالية عن رعايتي الصحية. هدف هذه التعليمات ان تعطي صورة عن قيمتي الشخصية ومعتقداتي التي أريد ان تؤخذ بعين الإعتبار حينما تؤخذ قرارات صحية بالنيابة عني. هذه التعليمات تتضمن ما أريد وما لا أريد من تدخلات صحية، وتتضمن نبذة عن وجهات نظري عن علاجات صحية معينة أو مواقف محددة: إذا كنت بحاجة لمساحة أكبر، استمر بالكتابة على الصفحة الثانية.

(Optional): I give the following instructions about my health care (my values and beliefs, what I do and do not want, views about specific medical treatments or situations): *If you need more space, continue on other side.*

التاريخ:

Date

توقيعي:

Signature

¹ يتوفر نموذج طويل إذا كنت ترغب في وصف رغباتك الصحية بشكل مفصل.

² لا تنطبق هذه الوثيقة على أي من التدخلات الصحية النفسية كالعلاج بالصدمات الكهربائية أو أدوية مضادات الذهان.

¹ A long form is available if you wish to more fully describe your health care wishes.

² This document will not apply to any intrusive mental health treatments (electroconvulsive therapy or neuroleptic medications).

استخدم المساحة أدناه لمواصلة رغباتك بشأن رعايتك الصحية (السؤال ٢ من الصفحة الأولى)، أو لإضافة تعليقات.
Use the space below to continue your wishes about your health care (question 2 from front page), or to add comments.

Notary Public in the State of Minnesota

إقرار كاتب العدل في ولاية مينيسوتا

County of _____

Notary seal

In my presence on _____ (date), _____ (name)
acknowledged his or her signature on this document, or acknowledged that he or
she authorized the person signing this document to sign on his or her behalf.

Signature of Notary _____

My commission expires _____ (date)

أو إقرار شاهدين أثنين

OR Statement of two (2) Witnesses

الشاهد الثاني:

الشاهد الأول:

Witness 2

Witness 1

تاريخ التوقيع:

تاريخ التوقيع:

Date Signed

Date Signed

اسم الشاهد الثاني بحروف واضحة:

اسم الشاهد الأول بحروف واضحة:

Print Name

Print Name

(يجب أن يكون عمر الشاهد ١٨ عامًا أو أكثر ولا يمكن أن يكون الوكيل الرسمي (أو البديل) لرعايتك الصحية. لا يمكن لأي من الشاهدين أن يكون مقدم الخدمات الرعاية الصحية الخاص بك (كطبيبك) أو موظف لمقدم الخدمات الرعاية الصحية الخاص بك.)

(Witnesses must be 18 years of age or older and cannot be your primary or alternate health care agent. One witness cannot be your health care provider or an employee of your health care provider.)

هل يجب عليّ إكمال توكيل الرعاية الصحية هذا؟

Do I have to complete this Health Care Directive?

لا. يمكنك إكمالها اليوم أو في وقت لاحق، أو يمكنك رفض إكمالها. ولكن، إكمال هذا النموذج يساعد في التأكد من حصولك على الرعاية الصحية التي تريدها. كتابة اختياراتك يساعد الأشخاص المقربين منك في معرفة إذا كانوا يفعلون ما كنت تريد فيما يتعلق برعايتك الصحية.

No. You may complete it today or at a later date, or you can decline to complete it. However, completing this form will help make sure you get the care you want. Putting your choices in writing helps loved ones know if they're doing what you would want.

ما هي المعلومات التي تطلبونها مني؟

What information am I being asked for?

السؤال ١: هذا السؤال هو عن "الوكيل" لرعايتك الصحية. وكيلك هو الشخص الذي تختاره ليتخذ قرارات الرعاية الصحية الخاصة بك والذي سيتحدث نيابة عنك إذا كنت في حالة مرضية لا تسمح لك بأن تبلغ عن رغباتك. فكر في اختيار أحد أفراد عائلتك أو صديق مقرب يعرفك جيدًا ويفهم قيمك. إنه ذو أهمية بالغة بأن تعرض هذه الاستمارة على وكيلك الرسمي وبأن توضح محتوياتها له بشكل مطوّل. قم بعمل نسخ إضافية لمشاركتها مع وكيلك، مقدمي الخدمات الرعاية الصحية الخاص بك وغيرهم من الأشخاص المهمين في حياتك.

Question 1: This question is about your health care "agent." Your agent is someone you choose to speak and make health care decisions for you if you cannot. Consider naming a family member or friend who knows you well and understands your values.

Showing your agent this document and talking about it with him or her is important. Make extra copies to share with your health care agent, health care providers, and other important people in your life.

السؤال ٢ (اختياري): هذا السؤال يتعلق بالرعاية الصحية والرغبات الأخرى التي قد تكون لديك. بإمكانك أن تكون محددًا أو عامًا حسب رغبتك. قد تتحدث عن:

- أهدافك وقيمك وأولوياتك بما يتعلق برعايتك الطبية
- أنواع العلاج الطبي الذي ترغب في تلقيه أو الذي ترفضه
- كيف تريد أن يقرر وكيلك أو وكلائك
- الأماكن التي ترغب تلقي العلاج الطبي (مثل المنزل أو المستشفى)
- سواء كنت تريد التبرع بأعضائك أو أنسجتك أو عينيك أم لا

Question 2 (Optional): This question is about health care and other wishes you may have. You may be as specific or general as you like. You may include:

- your goals, values, and preferences about medical care
- the types of medical treatment you would want or not want
- how you want your agent or agents to decide
- where you would like to receive care (such as at home or a hospital)
- whether or not you would like to donate your organs, tissues, and eyes

كاتب عدل أو شهود

Notary Public or Witnesses

يجب على كاتب العدل أو شاهدين التحقق من صحة توقيعك على هذا التوكيل لرعايتك الصحية. يجب أن يكون عمر الشاهد ١٨ عامًا أو أكثر ولا يمكن أن يكون الوكيل الرسمي (أو البديل) لرعايتك الصحية. لا يمكن لأي من الشاهدين أن يكون مقدم الخدمات الرعاية الصحية الخاص بك (كطبيبك) أو موظف لمقدم الخدمات الرعاية الصحية الخاص بك).

A notary public or 2 witnesses must verify your signature on this Health Care Directive. The witnesses must be 18 years of age or older and cannot be your primary or alternate health care agent. At least one witness cannot be your health care provider or an employee of your health care provider.

ماذا يجب عليّ أن أفعل بعد تعبئة هذا التوكيل للرعاية الصحية؟

What should I do after I complete this Health Care Directive?

أخبر الأشخاص الذين عينتهم بأنهم وكلاء رعايتك الصحية الرسميين والبديلون، إذا لم تكن قد قمت بذلك سابقاً. تأكد من أنهم يشعرون بالقدرة على القيام بهذا العمل المهم بالنسبة لك في المستقبل. قم بإعطاء نسخة عن هذه الاستمارة إلى مقدم الرعاية الصحية الخاص بك (كطبيبك). احتفظ بنسخ إضافية لسجلاتك الخاصة وشاركهم مع وكلائك للرعاية الصحية وعائلتك أو الآخرين كما يحلو لك.

Tell the people you named as your primary and alternate health care agents, if you have not already done so. Make sure they feel able to do this important job for you in the future. Give a copy of your health care directive to your health care provider. Keep additional copies for your records and to share with your health care agents and family or others as you wish.

من الذي يمكنني التحدث معه إذا كان لدي أسئلة؟

Who can I talk with if I have questions?

بإمكان مقدم الرعاية الصحية الخاص بك (كطبيبك) الإجابة عن أسئلتك أو مخاوفك. قد يقوم بإحالتك إلى ميسر تخطيط التوجيهات المتقدمة للحصول على المساعدة.

Your health care provider can answer your questions or concerns. He or she may refer you to an Advance Care Planning Facilitator for help.