

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

Name, MR#, Pat#, DOB

ስም፣ MR#፣ Pat#፣ የትውልድ ቀን

የዴንቨር ጤና የሕክምና ማዕከል
ለጤና እንክብካቤ ውሳኔዎች የሕክምና ዘላቂ የውክልና
ስልጣን

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: _____

WITNESS: Signature: _____

Home Address: _____

Home Address: _____

Date: _____

Date: _____

የመጀመሪያ ቋንቋ:- እንግሊዘኛ ስፓኒሽ ሌላ _____ ID X 2 _____ (የሰራተኞች የመጀመሪያ ፊደላት)

አስተርጓሚ እንዲኖርዎት ይፈልጋሉ? አዎ አይ መልስ የለም አስተርጓሚ:- _____ (ስም)

ጥቅም ላይ የዋለ የቋንቋ መስመር ታካሚው ጉልህ የሆነ ሌላ/የቤተሰብ አባል እንዲተረጎሙ ይጠይቃሉ። _____ (ስም)

የግንኙነት መርጃዎች ተጠይቋል? አዎ አይ መልስ የለም አዎ ከሆነ:- _____

ስለሚከተለው ህጋዊ ሰነድ ጠቃሚ መረጃ

እዚህ ሰነድ ላይ ከመፈረምዎ በፊት፣ እነዚህን እውነታዎች ማወቅ እና መረዳት ለእርስዎ በጣም አስፈላጊ ነው፡-

- * ይህ ሰነድ እርስዎ ወኪል ብለው የሰየሙት ሰው እርስዎ የጤና አጠባበቅ ውሳኔዎችን ማድረግ ካልቻሉ እንዲወስን ስልጣን ይሰጠዎል። እነዚህ ውሳኔዎች እና ስልጣኖች የመጨረሻ ሁኔታዎች እና የህይወት ድጋፍ ውሳኔዎች ላይ ብቻ የተገደቡ አይደሉም።
- * ይህን ሰነድ ከፈረሙ በኋላ፣ ማድረግ የሚችሉ ከሆነ የጤና አጠባበቅ ውሳኔዎችን ለራስዎ የመወሰን መብት አልዎት።
- * መቀበል የሚፈልጓቸውን ወይም ለማስወገድ የሚፈልጓቸውን የሕክምና ዓይነቶች በዚህ ሰነድ ውስጥ መግለጽ ይችላሉ። ወኪልዎ ሕይወት አድን የሆነውን ሕክምና በሚመለከት ውሳኔ እንዲያደርግሎ ከፈለጉ በሚቆይ የሕክምና ውክልናዎ ውስጥ መግለጹ የተሻለ ነው።
- * በፍርድ ቤት ማድረግ እንደማይችሉ ካልተወሰነ በስተቀር በማንኛውም ጊዜ ስለእርስዎ ውሳኔ እንዲሰጥ የሰጡትን የወኪልዎን ስልጣን የማንሳት መብት አልዎት። የተወካዩን ስልጣን ከሰረዙ (ከሻሩ)፣ በጽሁፍ ማድረግ እና ዋናውን ሰነድ ለተቀበሉት ሁሉ ቅጂዎችን መስጠት አለብዎት።
- * ይህንን ሰነድ ካልተረዱት በስተቀር መፈረም የለብዎትም። ይህንን ሰነድ ከመፈረምዎ በፊት ሌሎችን ወይም ጠባቂዎን ማነጋገር ይፈልጉ ይሆናል።
- * ይህንን ናሙና የሕክምና ዘላቂ የውክልና ስልጣን ቅጽ መጠቀም ይችላሉ፤ ሆኖም ግን፣ የእርስዎን የግል ፍላጎቶች ላያሟላ ይችላል። ሌሎች የሕክምና ዘላቂ የውክልና ቅጾች በኮሎራዶ ውስጥም ለመጠቀም ተቀባይነት አላቸው። የፈረሙበት ቅጽ ፍላጎቶችዎን እንደሚሟላ እርግጠኛ ይሁኑ።
- * የታሸገው የህክምና ዘላቂ የውክልና ስልጣን ቅጽ ከኮሎራዶ ህግ ጋር የተስማማ ነው። ምስክር፣ የሰነድ ማስረጃ እና ሌሎች መስፈርቶች ከግዛት ግዛት ይለያያሉ። ወደ ሌላ ግዛት የሚሄዱ ከሆነ ወይም ብዙ ጊዜ የሚጓዙ ከሆነ፣ የግዛቱን መስፈርቶች ማረጋገጥዎን እርግጠኛ ይሁኑ።

የእርስዎ የህክምና ዘላቂ የውክልና ስልጣን የሚከተሉትን መረጃዎች ማካተት አለበት፡-

- * እንደ ወኪልዎ የመረጡት ሰው ስም፣ አድራሻ እና ስልክ ቁጥር፣ እና የመጀመሪያ ወኪልዎ ለእርስዎ መስራት ካልቻለ የሚወክሉት ሁለተኛ ወኪልዎ።
- * እንደ ቀዶ ሕክምና፣ ኬሞቴራፒ፣ ወይም እንደ ሰው ሠራሽ መጋቢ፣ የኩላሊት ዳያሊሲስ ወይም የመተንፈስ ድጋፍ የመሳሰሉ ለሕይወት አስፈላጊ ሕክምናዎችን ማግኘት ወይም ለመቀበል አለመፈለግ ማንኛውም መመሪያ።



**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.



ስም፣ MR#፣ Pat#፣ የትውልድ ቀን

**የዴንቨር ጤና የሕክምና ማዕከል
ለጤና እንክብካቤ ውሳኔዎች የሕክምና ዘላቂ የውክልና
ስልጣን**

ስም፣ MR#፣ Pat#፣ የትውልድ ቀን

1. እኔ፣ _____ ፣ አዋጅ አስደራጊ፣ ከዚህ በኋላ፦

(ስምዎን ያትሙ)

የወኪሉ ስም

የወኪሉ የቤት ስልክ ቁጥር

የወኪሉ የስራ ስልክ ቁጥር

የወኪሉ የመኖርያ ቤት አድራሻ

እንደ እኔ ወኪል የራሴን የጤና አጠባበቅ ውሳኔ ማድረግ ካልቻልኩኝ ወይም ፍጹም በማልቸልበት ጊዜ ለእኔ የጤና እንክብካቤ ውሳኔዎችን እንዲያደርግ እሾማለሁ። ይህ ወኪል ማንኛውንም የጤና እንክብካቤ፣ ህክምና፣ አገልግሎት ወይም የምርመራ ሂደትን የመስማማት፣ የመቃወም፣ ወይም የማቆም ስልጣን ይሰጠዋል። የእኔ ወኪል ከጤና እንክብካቤ ሰራተኞች ጋር የመነጋገር፣ መረጃ የማግኘት እና እነዚያን ውሳኔዎች ለመፈጸም አስፈላጊ የሆኑ ቅጾችን የመፈረም ስልጣን አለው።

ወኪሌ ተብሎ የተሰየመው ሰው ከሌለ ወይም እንደ ወኪሌ ሆኖ መሥራት ካልቻለ፣ ከዚህ በታች በተዘረዘረው ቅደም ተከተል መሠረት የሚከተሉትን ሰው(ዎች) እንዲያገለግሉ እሾማለሁ፦

2. _____	3. _____
የወኪል ስም	የወኪል ስም
የቤት ስልክ #	የቤት ስልክ #
የሥራ ስልክ #	የሥራ ስልክ #

በዚህ ሰነድ የራሴን የጤና አጠባበቅ ውሳኔ ማድረግ አቅም በማጣ ወቅትላይ ተፈጻሚ የሚሆን እና በአቅም ማነስ ጊዜ የሚቀጥል የህክምና ዘላቂ የውክልና ስልጣን ለመፍጠር አስባለሁ።

ከዚህ በታች እንደምመራው ወይም እሱን ወይም እሷን በሌላ መንገድ እንዳሳወቅኩት ወኪሌ የጤና አጠባበቅ ውሳኔዎችን ያደርጋል። በጥያቄ ውስጥ ስላለው የጤና እንክብካቤ በተመለከተ ምርጫ ካልገለጸኩኝ፣ ወኪሌ የራሴን/ሷን ውሳኔ እሱ/ሷ ለኔ ይጠቅማል ብለው ባመኑበት ላይ ይመስርታል።

- (A) የህይወት ማራዘሚያ እንክብካቤን፣ ህክምናን፣ አገልግሎቶችን እና ሂደቶችን በተመለከተ የፍላጎቶች መግለጫ፦
- _____
- _____
- _____
- (B) ልዩ ድንጋጌዎች እና ገደቦች፦
- _____
- _____
- _____

እዚህ ጋር በመፈረም የዚህን ሰነድ ዓላማ እና ውጤት እንደተረዳሁ አመለክታለሁ።

የህክምና ዘላቂ የውክልና ስልጣኑን የሚያዘጋጅ ሰው ፊርማ ቀን

(አማራጭ ግን የሚመከር)
የኮሎራዶ ህግ ይህ ሰነድ ምስክር እንዲኖረው አይጠይቅም፦ ይህን እንጂ የ2 ምስክሮች ፊርማ ወይም የሰነድ አረጋጋጭ ፊርማ እንዲኖረው ይመከራል። ይህ በኮሎራዶ ህግ አያስፈልግም ነገር ግን ይህን ሰነድ በሌሎች ግዛቶች የበለጠ ተቀባይነት እንዲኖረው ሊያደርግ ይችላል።

ምስክር፡ _____	ምስክር፡ _____
ፊርማ፡ _____	ፊርማ፡ _____
የመኖርያ ቤት አድራሻ፡ _____	የመኖርያ ቤት አድራሻ፡ _____
ቀን፡ _____	ቀን፡ _____