

مرکز صحتی دنور وکالت نامه بادوام طبی برای تصمیمات مراقبت های صحتی

زبان اولیه: انگلیسی اسپانیایی سایر _____ ID X 2 _____ (حرف اول نام کارکنان)
آیا می خواهید ترجمان داشته باشید؟ بله نخیر ناموجود ترجمان: _____ (نام)
 خط زبان استفاده شده مریض درخواست دارد همسرش/عضو فامیل ترجمان باشد (نام) _____
کمک های ارتباطی درخواست شده است؟ بله نخیر ناموجود ترجمان: _____

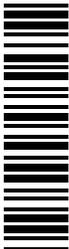
معلومات مهم در مورد سند حقوقی ذیل

قبل از امضای این سند، دانستن و درک این حقایق برای شما بسیار مهم است:

- این سند به شخصی که شما به عنوان نماینده خود نام می برید این قدرت را می دهد که در صورت عدم توانایی شما، تصمیمات در مورد مراقبت های صحتی را اتخاذ کند. این تصمیمات و اختیارات به شرایط زمان مرگ و تصمیمات حمایت از زندگی محدود نمی شود.
- بعد از امضای این سند، شما همچنان حق دارید در صورت توانایی تصمیمات در مورد مراقبت های صحتی را برای خود اتخاذ کنید.
- در این سند هر نوع تداوی را که مایلید دریافت کنید یا مایلید از آن اجتناب کنید، نوشته کرده می توانید. هرگاه مایلید نماینده شما در مورد تداوی حافظ جان تصمیم گیری کند، بهتر است در وکالت نامه بادوام طی خود این موضوع را ذکر کنید.
- شما این حق را دارید که هر زمان که بخواهید از نماینده خود حق تصمیم گیری برای خود را سلب کنید، مگر اینکه توسط محکمه تشخیص داده شده باشد که صلاحیت ندارید. اگر صلاحیت نماینده خود را پس گرفتید (لغو کردید)، باید این کار را به طور کتبی انجام دهید و کاپی آن را به همه کسانی که سند اصلی را دریافت کرده اند تسلیم نمایید.
- شما باید این سند را امضا نکنید مگر اینکه آن را بفهمید. ممکن است بخواهید قبل از امضای این سند به همراه دیگران یا یک وکیل گپ بزنید.
- از این نمونه فورم وکالت نامه بادوام طبی استفاده کرده می توانید. با این حال، ممکن است ضرورت های فردی شما را برآورده نکند. دیگر فورم های وکالت با دوام طبی هم برای استفاده در کلرادو قابل قبول می باشند. مطمئن شوید فورمی که امضا می کنید ضرورت های شما را برآورده می کند.
- فورم وکالتنامه طبی بادوام همراه با قانون کلرادو مطابقت دارد. شهود، دفتر اسناد رسمی و سایر الزامات از ایالت به ایالت دیگر متفاوت است. اگر به ایالت دیگری نقل مکان می کنید یا اغلب سفر می کنید، حتماً شرایط آن ایالت را بررسی نمایید.

وکالت نامه بادوام طبی شما باید به شمول معلومات ذیل باشد:

- نام، آدرس و شماره تلفون شخصی که به حیث نماینده خود انتخاب می کنید، و در صورتی که نماینده اول شما نتواند برای شما اقدام کند، نماینده منتخب دوم شما.
- هر گونه طرز العمل در مورد تداوی که انجام می دهید یا نمی خواهید دریافت کنید، مانند عملیات، کیموتراپی، یا تداوی های حافظ زنده گی به قسم تغذیه مصنوعی، دیالیز کلیه، یا حمایت تنفسی و غیره.



084

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.



مرکز صحتی دنور

وکالت نامه بادوام طبی برای تصمیمات مراقبت های صحتی

1. من _____، اعلام کننده، بدین وسیله منصوب می کنم:

(نام خود را خوانا نوشته کنید)

نام نماینده

شماره تلفون خانه نماینده

شماره تلفون محل کار نماینده

آدرس خانه نماینده

به حیث نماینده من برای تصمیم گیری در مورد مراقبت های صحتی برای من اگر و زمانی که من قادر به تصمیم گیری در مورد مراقبت های بهداشتی خودم نباشم. این سند به نماینده من این قدرت را می دهد که هرگونه مراقبت صحتی، تداوی، خدمات یا روش تشخیصی را قبول کند، رد کند، یا متوقف نماید. نماینده من همچنان این اختیار را دارد که به همراه پرسونل مراقبت های صحتی گپ بزند، معلومات دریافت کند و فورم های لازمی برای اجرای این تصمیمات را امضا نماید.

اگر شخصی که به صفت نماینده من نامگذاری شده است در دسترس نباشد یا نتواند به حیث نماینده من عمل کند، من شخص یا اشخاص ذیل را برای خدمت به ترتیب ذکر شده در ذیل منصوب می کنم:

2. نام نماینده	3. نام نماینده
تلفونخانه#	تلفونخانه#
تلفون محل کار #	تلفون محل کار #

با این سند من قصد دارم یک وکالت نامه بادوام طبی ایجاد کنم که در صورت ناتوانی من در تصمیم گیری در مورد مراقبت های صحتی خود اجرا می شود و در جریان این ناتوانی ادامه می یابد.

نماینده من باید تصمیمات مربوط به مراقبت های صحتی را همانطور که ممکن است در ذیل راهنمایی کنم یا به طریق دیگری به او اطلاع دهم، اتخاذ خواهد کرد. اگر انتخابی در مورد مراقبت های صحتی مورد نظر بیان نکرده باشم، نماینده من باید تصمیم خود را به اساس آنچه که معتقد است به نفع من است استوار کند.

(A) بیانیه تمایلات در مورد مراقبت، تداوی، خدمات و رویه های مادام العمر:

(B) مقررات و محدودیت های ویژه:

با امضای این قسمت، نشان می دهم که هدف و تأثیر این سند را درک می کنم.

تاریخ

امضاء شخص ایجاد کننده وکالت نامه بادوام طبی

(اختیاری اما توصیه می شود)

به اساس قانون کلرادو ضرورتی برای شاهد برای این سند وجود ندارد. اما اخذ امضای 2 شاهد یا سردفتر توصیه می شود. این امر توسط قانون کلرادو لازمی نیست، اما ممکن است این سند را در ایالت های دیگر قابل قبول تر کند.

شاهد:

شاهد:

امضا:

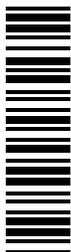
امضا:

آدرس خانه:

آدرس خانه:

تاریخ:

تاریخ:



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

Name, MR#, Pat#, DOB

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: _____

Home Address: _____

Date: _____

WITNESS:

Signature: _____

Home Address: _____

Date: _____

