

KP use: patient label

اسمي الأول:
(My first name:)

اسمي عائلي:
(My last name:)

تاريخ ميلادي:
(My date of birth:)

رقم سجلي الطبي:
(My medical record number:)

هناك نسختين من هذه الوثيقة. هذه النسخة الأقصر منها. يمكنك الاطلاع على النسختين على kp.org/lifecareplan أو أن تطلبهما من طبيبك. اختر النسخة التي تفضلها.

(There are two versions of this document. This is the shorter one. You can view the two versions on kp.org/lifecareplan or ask your doctor for them. Choose the one you prefer.)

الخطوة 1

وكيل رعايتك الصحية (مُتخذ القرار). يمكنك أيضًا اختيار وكيل بديل إذا كنت تريد ذلك.

Step 1: (Choose a health care agent (decision maker). You can also choose an alternate agent if you want one.)

هذا الشخص هو:
(This person is:)

• عامًا أو أكبر ويعرف قيمك ومعتقداتك جيدًا؛
(18 or older and knows your values and beliefs well)

• راغب وقادر على القيام بذلك من أجلك؛
(willing and able to do this for you)

• على استعداد لتنفيذ تفضيلاتك حتى لو اختلفت عن تفضيلاته الشخصية
(willing to honor your preferences even if they are different from their own)

• وليس طبيبك أو أي متخصص آخر في الرعاية الصحية الذي يقدم لك الرعاية.
(not your doctor or another health care professional who is caring for you)

أنا أختار _____
(I choose:)

الصلة:
(relationship:)

رقم الهاتف: _____
(phone number:)

البريد الإلكتروني: _____
(email:)

ليكون وكيل رعايتي الصحية واتخاذ جميع قرارات الرعاية الصحية لي في حالة عجزني عن ذلك بنفسني.
(as my health care agent to make health care decisions for me if I'm not able to make them for myself.)

أنا أختار _____
(I choose:)

الصلة:
(relationship:)

رقم الهاتف: _____
(phone number:)

البريد الإلكتروني: _____
(email:)

كوكيل رعاية صحية بديل لي إذا لم يكن وكيل الرعاية الصحية الأساسي راغبًا أو قادرًا أو متاحًا بشكل معقول لاتخاذ قرارات الرعاية الصحية نيابةً عني.
(as my alternate health care agent if my primary health care agent is not willing, able, or reasonably available to make health care decisions for me.)

الخطوة 2

تقديم التوجيه لوكيل الرعاية الصحية وفريق رعايتي. اختر مربعاً واحداً فقط:

Step 2: (Give guidance to my health care agent and care team. Choose ONE box only:)

إذا كنت مصابًا بمرض غير قابل للشفاء وسيؤدي إلى وفاتي خلال وقت قصير،
(If I have an illness that is not curable and will result in my death in a short time)

أو إذا فقدت الوعي، ولا يعتقد أطبائي أنني سأتحسن،
(OR I become unconscious, and my doctors do not think I will improve)

أو المخاطر المحتملة وأعباء العلاج تفوق الفوائد المتوقعة...
(OR the likely risks and burdens of treatment would outweigh the expected benefits...)

أريد أن أبقى على قيد الحياة لأطول فترة ممكنة ضمن حدود معايير الرعاية الصحية المقبولة عمومًا.
(I want to be kept alive as long as possible within the limits of generally accepted health care standards.)

لا أريد إطالة عمري. سأتوقف عن العلاج من أجل البقاء على قيد الحياة أو لا أبدأه.
(I do not want my life to be prolonged. I would stop treatments to keep me alive or not start them.)

أنا لست متأكدًا من العبارات التي أتفق معها أكثر. أنا أتق في أن وكيل الرعاية الصحية الخاص بي سيفعل الأفضل بالنسبة لي.
(I am not sure which statements I most agree with. I trust my health care agent to do what is best for me.)

هل هناك أي شيء آخر يجب أن يعرفه فريق الرعاية الخاص بك عنك أو عن تفضيلاتك الطبية؟
(Is there anything else your care team should know about you or your medical preferences?)

الخطوة 3

وقع النموذج أدناه. اطلب من شاهدين (الخيار 1) أو notary public (الخيار 2) التوقيع أيضًا.

Step 3: (Sign the form below. Ask either TWO witnesses (Option 1) OR a notary public (Option 2) to also sign.)

اسمي (كتابة رجاءً): _____
(My name (please print):)

توقيعي: _____
(My signature:)

التاريخ: _____
(Date:)

KP use: patient label

اسمي الأول:

(My first name:)

اسم عائلتي:

(My last name:)

رقم سجلي الطبي:

(My medical record number:)

الخيار 1 أختار شاهدين.

Option 1: (I choose TWO WITNESSES.)

يجب على جميع الشهود قراءة وقبول جميع هذه المتطلبات.
(ALL WITNESSES MUST READ AND ACCEPT ALL THESE REQUIREMENTS)

• أعلن تحت طائلة عقوبة الحنث باليمين بموجب قوانين ولاية كاليفورنيا ما يلي:
(I declare under penalty of perjury under the laws of California that:)

• عمري 18 سنة على الأقل؛
(I am at least 18 years old;)

• أنا لست الشخص المعين كوكيل بموجب توجيه الرعاية الصحية المسبق هذا؛
(I am not a person appointed as agent by this Advance Health Care Directive;)

• لا يجوز أن يكون سوى واحد من الشهود من أقارب العائلة؛
(only one of the witnesses can be family related;)

• إن الفرد الذي وقع أو أقر بتوجيه الرعاية الصحية المسبق هذا معروف لي شخصيًا، أو تم إثبات هوية الفرد لي من خلال أدلة مقنعة؛
(the individual who signed or acknowledged this Advance Health Care Directive is personally known to me, or that the individual's identity was proven to me by convincing evidence;)

• أن الشخص المسؤول قد وقع هذا التوجيه المسبق أو أقره في حضوري.
(the individual signed or acknowledged this Advance Health Care Directive in my presence;)

• أن الفرد يبدو سليم العقل ولا يخضع لإكراه أو احتيال أو تحت تأثير غير مشروع؛
(the individual appears to be of sound mind and under no duress, fraud, or undue influence;)

• أنا لست مقدم الرعاية الصحية للفرد ولا موظف لدى مقدم الرعاية الصحية للفرد ولا مشغل منشأة رعاية مجتمعية ولا موظف لدى مشغل منشأة رعاية مجتمعية ولا مشغل منشأة رعاية لكبار السن
(I am not the individual's health care provider, an employee of the individual's health care provider, the operator of a community care facility, an employee of an operator of a community care facility, the operator of a residential care facility for the elderly, nor an employee of an operator of a residential care facility for the elderly)

الشاهد الأول:

(WITNESS NUMBER ONE:)

اكتب الاسم:

(Print name:)

العنوان:

(Address:)

الشاهد الثاني:

(WITNESS NUMBER TWO:)

اكتب الاسم:

(Print name:)

العنوان:

(Address:)

التوقيع:

(Signature:)

التاريخ:

(Date:)

التوقيع:

(Signature:)

التاريخ:

(Date:)

إفادة إضافية للشهود: يجب توقيع أحد الشهود المذكورين أعلاه على الأقل على الإقرار التالي: أقر بموجب عقوبة الحنث باليمين وبموجب قوانين ولاية كاليفورنيا بأنني لست على صلة بصاحب الوثيقة الذي ينفذ التوجيه المسبق للرعاية الصحية عن طريق الدم أو الزواج أو التبني. وعلى حد علمي، لا يحق لي الحصول على أي جزء من تركة صاحب الوثيقة عند وفاته بموجب وصية قائمة أو بحكم القانون.

(ADDITIONAL STATEMENT OF WITNESSES: At least one of the above witnesses must also sign the following declaration: I further declare under penalty of perjury under the laws of California that I am not related to the individual executing this advance health care directive by blood, marriage, or adoption, and, to the best of my knowledge, I am not entitled to any part of the individual's estate upon their death under a will now existing or by operation of law.)

التوقيع:

(Signature:)

اكتب الاسم:

(Print Name:)

للمقيمين في مرافق التمريض المحترفة في كاليفورنيا فقط

يتم تقديم هذا النموذج إلى مدير دار التمريض الخاص بك فقط إذا كنت تعيش في دار التمريض. يتطلب قانون ولاية كاليفورنيا من المقيمين في دار التمريض أن يكون لديهم أمين المظالم في دار التمريض كشاهد إضافي على التوجيه المسبق للرعاية الصحية (Advance Health Care Directive, AHCD).

(FOR CALIFORNIA SKILLED NURSING FACILITY RESIDENTS ONLY)

(STATEMENT OF THE PATIENT ADVOCATE OR OMBUDSMAN)

"I declare under penalty of perjury under the laws of California that I am a patient advocate or ombudsman as designated by the State Department of Aging and that I am serving as a witness as required by Section 4675 of the Probate Code."

التوقيع:

(Date:)

توقيع أمين المظالم:

(Signature of ombudsman:)

اكتب الاسم:

(Print name:)

KP use: patient label

A notary public or other officer completing this certificate verifies only the identity of the individual who signed the document to which this certificate is attached, and not the truthfulness, accuracy, or validity of that document.

اسمي الأول:

(My first name:)

اسم عائلتي:

(My last name:)

رقم سجلي الطبي:

(My medical record number:)

الخيار 2 أنا أختار NOTARY PUBLIC بدلاً عن الشاهدين.
Option 2 : (I choose a NOTARY PUBLIC instead of two witnesses.)

State of California, County of: _____

On _____ before me, _____ personally appeared _____ who proved to me on the basis of satisfactory evidence to be the person(s) whose name(s) is/are subscribed to the within instrument and acknowledged to me that he/she/they executed the same in his/her/their authorized capacity(ies), and that by his/her/their signature(s) on the instrument the person(s), or the entity upon behalf of which the person(s) acted, executed the instrument. I certify that under PENALTY OF PERJURY under the laws of the State of California that the foregoing paragraph is true and correct.

Witness my hand and official seal.

(signature of Notary Public)

(Seal)

الخطوات التالية

- احتفظ بالنسخة الأصلية.
- أعط نسخة إلى وكيل (وكلاء) الرعاية الصحية الخاص بك.
- أحضر نسخة إلى موعدك التالي مع Kaiser Permanente أو أرسلها بواسطة لبريد إلى: Kaiser Permanente Central Scanning, 1011 S. East Street, Anaheim, CA 92805, أو أرسل نسخة بالبريد الإلكتروني إلى: SCALCentralized-Scanning-Center@kp.org
- تحدث إلى وكيل (وكلاء) رعايتك الصحية حول قيمك ومعتقداتك وتفضيلاتك في الرعاية الصحية. استخدم AHCD الخاص بك لتوجيه المحادثة وتأكد من قدرته على القيام بهذا الدور. **تأكد من إخبار أحبائك وعائلتك وأصدقائك المقربين** بمن اخترته ليكون وكيل الرعاية الصحية الخاص بك، وما هي تفضيلاتك في الرعاية الصحية، ولماذا.
- خذ AHCD الخاص بك معك.** إذا ذهبت إلى مستشفى أو دار رعاية، خذ نسخة من AHCD الخاص بك واطلب وضعها في سجلك الطبي.
- يمكنك إلغاء أو تغيير أي من اختياراتك في AHCD في أي وقت. مع تغير الأمور في حياتك أو صحتك، يمكنك تغيير وكيلك أو وكلاتك وتفضيلاتك عن طريق استكمال مستند جديد أو إخبار طبيبك شخصياً.