

تعليمات كاليفورنيا للرعاية الصحية المستقبلية

California Advance Health Care Directive

يتيح لك هذا النموذج أن تعبر عن رأيك في كيفية رعايتك إذا كنت لا تستطيع التحدث عن نفسك.

This form lets you have a say about how you want to be cared for if you cannot speak for yourself.



يحتوي هذا النموذج على 3 أجزاء: This form has 3 parts:

Part 1: Choose a medical decision maker, Page 3 اختيار صاحب القرار الطبي، صفحة ٣

الجزء ١

إن صاحب القرار الطبي هو الشخص الذي يمكنه اتخاذ قرارات الرعاية الصحية نيابة

عك إذا لم تكن قادرًا على اتخاذ القرارات بنفسك. A medical decision maker is a person who can make health care decisions for you if you are not able to make them yourself.

وسيكون هذا الشخص هو من سيتحدث نيابة عنك. This person will be your advocate.

ويطلق عليهم أيضًا وكيل رعاية صحية أو مُمثِّل أو مُفَوَّض. They are also called a health care agent, proxy, or surrogate.

Part 2: Make your own health care choices, Page 7 الجزء ٢: حدد خيارات الرعاية الصحية الخاصة بك، صفحة ٧

الجزء ٢

يتيح لك هذا النموذج اختيار نوع الرعاية الصحية التي تريدها. وبهذه الطريقة، لن يضطر أولئك الذين يهتمون بك إلى تخمين ما تريد إذا لم تكن قادرًا على إخبارهم

بنفسك. This form lets you choose the kind of health care you want. This way, those who care for you will not have to guess what you want if you are not able to tell them yourself.

Part 3: Sign the form, Page 13 توقيع النموذج، صفحة ١٣

الجزء ٣

يجب توقيع النموذج قبل استخدامه. The form must be signed before it can be used.



يمكنك ملء الجزء ١، أو الجزء ٢، أو كليهما. You can fill out Part 1, Part 2, or both.

املأ فقط الأجزاء التي تريدها. وقع دائما النموذج في الجزء ٣. Fill out only the parts you want. Always sign the form in Part 3.

ويجب أن يوقع الشاهدان في الصفحة ١٤، أو كاتب عدل في الصفحة ١٥. 2 witnesses need to sign on Page 14, or a notary on Page 15.



اسمك Your Name

www.prepareforyourcare.org

إن هذا نموذج قانوني يتيح لك التعبير عن رأيك في الرعاية الصحية الخاصة بك.

This is a legal form that lets you have a voice in your health care.

وسيسمح ذلك لعائلتك وأصدقائك ومقدمي الخدمات الطبية بمعرفة رأيك في كيفية رعايتك إذا كنت لا تستطيع

التحدث عن نفسك. It will let your family, friends, and medical providers know how you want to be cared for if you cannot speak for yourself.

ماذا يجب أن أفعل بهذا النموذج؟ What should I do with this form?

- يرجى مشاركة هذا النموذج مع عائلتك وأصدقائك ومقدمي الخدمات الطبية. Please share this form with your family, friends, and medical providers.
- ويرجى التأكد من وضع نُسخ من هذا النموذج في السجل الطبي الخاص بك في جميع الأماكن التي تتلقى فيها الرعاية. Please make sure copies of this form are placed in your medical record at all the places you get care.

ماذا لو كان لدي أسئلة بشأن النموذج؟ What if I have questions about the form?

- لا بأس من تخطي أي جزء من هذا النموذج إذا كانت لديك أسئلة أو لا تريد الإجابة. It is OK to skip any part of this form if you have questions or do not want to answer.
- اطلب من طبيبك أو الممرضات أو الأخصائيين الاجتماعيين أو الأسرة أو الأصدقاء المساعدة. Ask your doctors, nurses, social workers, family, or friends to help.
- ويمكن للمحاميين المساعدة أيضًا. لا يقدم هذا النموذج المشورة القانونية. Lawyers can help too. This form does not give legal advice.

ماذا لو كنت أرغب في اتخاذ خيارات رعاية صحية غير موجودة في هذا النموذج؟ What if I want to make health care choices that are not on this form?

- يمكنك كتابة أي شيء آخر مهم بالنسبة لك في الصفحة ١٢. On Page 12, you can write down anything else that is important to you.

متى يجب علي ملء هذا النموذج مرة أخرى؟ When should I fill out this form again?

- إذا غيرت رأيك بشأن خيارات الرعاية الصحية الخاصة بك If you change your mind about your health care choices
- إذا تغيرت حالتك الصحية If your health changes
- إذا تغير صاحب القرار الطبي الخاص بك If your medical decision maker changes

إذا كانت زوجك هي صاحبة القرار الخاص بك، وتطلقتما، فلن يكون هذا الشخص هو صاحب القرار. If your spouse is your decision maker, and you divorce, that person will no longer be your decision maker.

اعط النموذج الجديد لصاحب القرار الطبي الخاص بك ومقدمي الخدمات الطبية. Give the new form to your medical decision maker and medical providers.

وتخلص من النماذج القديمة. Destroy old forms.

شارك هذا النموذج وخياراتك مع عائلتك وأصدقائك ومقدمي الخدمات الطبية.

Share this form and your choices with your family, friends, and medical providers.

اختر صاحب القرار الطبي الخاص بك

Part 1: Choose your medical decision maker

الجزء ١

بإمكان صاحب القرار الطبي اتخاذ قرارات الرعاية الصحية نيابة عنك إذا لم تكن قادرًا على اتخاذ القرارات بنفسك. Your medical decision maker can make health care decisions for you if you are not able to make them yourself.

A good medical decision maker is a family member or friend who: **صاحب القرار الطبي الجيد هو أحد أفراد العائلة أو الصديق الذي:**



- يبلغ من العمر ١٨ عامًا أو أكثر is 18 years of age or older
- يمكن أن يتحدث إليك عن رغباتك can talk to you about your wishes
- يمكن أن يكون موجودًا عندما تحتاجه can be there for you when you need them
- تثق أنه سيلبي رغباتك وسيفعل ما هو الأفضل لك you trust to follow your wishes and do what is best for you
- تأتمنه على معرفة معلوماتك الطبية you trust to know your medical information
- لا يخشى طرح أسئلة على الأطباء والتحدث عن رغباتك is not afraid to ask doctors questions and speak up about your wishes

من الناحية القانونية، لا يمكن أن يكون صاحب القرار الخاص بك طبيبك أو أي شخص يعمل في المستشفى أو العيادة الخاصة بك، إلا إذا كانوا أحد أفراد الأسرة. Legally, your decision maker cannot be your doctor or someone who works at your hospital or clinic, unless they are a family member.

ماذا سيحدث إذا لم أختَر صاحب قرار طبي؟ What will happen if I do not choose a medical decision maker?

إذا لم تتمكن من اتخاذ القرارات الخاصة بك، فسوف يلجأ طبيبك إلى العائلة والأصدقاء أو القاضي لاتخاذ القرارات نيابة عنك. وقد لا يعرف هذا الشخص ما تريد. If you are not able to make your own decisions, your doctors will turn to family and friends or a judge to make decisions for you. This person may not know what you want.

If you are not able, your medical decision maker can choose these things for you:

إذا لم تكن قادرًا ، فيمكن لصاحب القرار الطبي اختيار هذه الأشياء لك:

- الأطباء والممرضات والأخصائيين الاجتماعيين ومقدمي الرعاية doctors, nurses, social workers, caregivers
- المستشفيات والعيادات ودور رعاية المسنين hospitals, clinics, nursing homes
- الأدوية أو الفحوصات أو العلاجات medications, tests, or treatments
- من يمكنه الاطلاع على معلوماتك الطبية who can look at your medical information
- ماذا يحدث لجسمك وأعضائك بعد موتك what happens to your body and organs after you die



Here are more decisions your medical decision maker can make:

وفيما يلي المزيد من القرارات التي يمكن أن يتخذها صاحب القرار الطبي:

بدء أو توقف أجهزة الإنعاش أو العلاجات الطبية ، مثل: Start or stop life support or medical treatments, such as:

● إنعاش القلب والرئتين CPR or cardiopulmonary resuscitation

وهذا قد يشمل: This may involve:

● الضغط بشدة على صدرك في محاولة للحفاظ على ضخ الدم
pressing hard on your chest to try to keep your blood pumping

● الصدمات الكهربائية في محاولة لتنشيط قلبك
electrical shocks to try to jump start your heart

● الأدوية في أوردةك
medicines in your veins



● جهاز التنفس أو التنفس الاصطناعي Breathing machine or ventilator

تضخ الآلة الهواء إلى رئتيك وتحاول التنفس عوضاً عنك.

ولا يمكنك التحدث عندما تكون متصلاً بالجهاز. The machine pumps air into your lungs and tries to breathe for you. You are not able to talk when you are on the machine.



● غسيل الكلى Dialysis

آلة تحاول تنظيف دمك إذا توقفت الكليتان عن العمل.

A machine that tries to clean your blood if your kidneys stop working.

● أنبوب التغذية Feeding Tube

أنبوب يستخدم لمحاولة إطعامك إذا لم تتمكن من البلع. يمكن وضع الأنبوب من خلال أنفك في حلقك وبطنك. ويمكن وضعه أيضاً عن طريق الجراحة في المعدة.

A tube used to try to feed you if you cannot swallow. The tube can be placed through your nose down into your throat and stomach. It can also be placed by surgery into your stomach.



● نقل الدم والماء (IV) Blood and water transfusions (IV)

لوضع الدم والماء في جسمك. To put blood and water into your body.

● الجراحة Surgery

● الأدوية Medicines



End of life decisions your medical decision maker can make:

قرارات إنهاء الحياة التي يمكن أن يتخذها صاحب القرار الطبي الخاص بك:

● استدعاء زعيم ديني أو روحي
call in a religious or spiritual leader

● اتخاذ قرار بشأن ما إذا كنت تموت في المنزل أو في المستشفى
decide if you die at home or in the hospital

● اتخاذ قرار بشأن تشريح الجثة أو التبرع بالأعضاء
decide about autopsy or organ donation

● اتخاذ قرار بشأن الدفن أو حرق الجثث
decide about burial or cremation

By signing this form, you allow your medical decision maker to:

من خلال توقيع هذا النموذج، فإنك تسمح لصاحب القرار الطبي الخاص بك بما يلي:

- الموافقة على أو رفض أو فصل أي أجهزة إنعاش أو علاج طبي إذا كنت لا تستطيع التحدث عن نفسك
agree to, refuse, or withdraw any life support or medical treatment if you are not able to speak for yourself
- اتخاذ قرار بشأن ما يحدث لجسمك بعد وفاتك، مثل خطط الجنازة والتبرع بالأعضاء
decide what happens to your body after you die, such as funeral plans and organ donation

If there are decisions you do not want them to make, write them here:

إذا كانت هناك قرارات لا ترغب أن يتخذها صاحب القرار الطبي الخاص بك، فاكتبها هنا:



متى يمكن لصاحب القرار الطبي الخاص بي اتخاذ القرارات نيابة عني؟
When can my medical decision maker make decisions for me?

فقط بعد أن أكون غير قادر على اتخاذ قراراتي
ONLY after I am not able to make my own decisions

الآن، مباشرة بعد توقيعي على هذا النموذج
NOW, right after I sign this form

إذا أردت، يمكنك كتابة لماذا تشعر بذلك. If you want, you can write why you feel this way.

اكتب اسم صاحب القرار الطبي الخاص بك. Write the name of your medical decision maker.

أريد أن يتخذ هذا الشخص قراراتي الطبية إذا لم أتمكن من اتخاذ قراري:
I want this person to make my medical decisions if I am not able to make my own:

الاسم الأول first name الاسم الأخير last name

رقم الهاتف ١ phone #1 رقم الهاتف ٢ phone #2 الصلة relationship

العنوان address المدينة city الولاية state الرمز البريدي zip code

إذا كان الشخص الأول لا يستطيع فعل ذلك، فأريد أن يتخذ هذا الشخص قراراتي الطبية:
If the first person cannot do it, then I want this person to make my medical decisions:

الاسم الأول first name الاسم الأخير last name

رقم الهاتف ١ phone #1 رقم الهاتف ٢ phone #2 الصلة relationship

العنوان address المدينة city الولاية state الرمز البريدي zip code

اسمك Your Name

لماذا اخترت صاحب القرار الطبي الخاص بك؟ Why did you choose your medical decision maker?

إذا كنت ترغب، يمكنك كتابة سبب اختيارك لصاحب القرار الخاص بك رقم ١ ورقم ٢. If you want, you can write why you chose your #1 and #2 decision makers.

اكتب اسم أي شخص لا تود أن يساعدك في اتخاذ القرارات الطبية لك. Write down anyone you would NOT want to help make medical decisions for you.

إلى أي مدى تريد أن يلبي صاحب القرار الطبي رغباتك بدقة إذا لم تكن قادرًا على التحدث عن نفسك؟

How strictly do you want your medical decision maker to follow your wishes if you are not able to speak for yourself?

إن المرونة تسمح لصاحب القرار بتغيير قراراتك السابقة إذا اعتقد الأطباء أن هناك شيئًا آخر أفضل لك في ذلك الوقت.

Flexibility allows your decision maker to change your prior decisions if doctors think something else is better for you at that time.

قد تكون القرارات السابقة عبارة عن رغبات كتبتها أو تحدثت عنها مع صاحب القرار الطبي الخاص بك. يمكنك كتابة رغباتك

في الجزء ٢ من هذا النموذج. Prior decisions may be wishes you wrote down or talked about with your medical decision maker. You can write your wishes in Part 2 of this form.

ضع علامة X بجوار الجملة التي توافق عليها بشدة. Put an X next to the one sentence you most agree with.

المرونة الكاملة: يُسمح لصاحب القرار بتغيير أي من قراراتي الطبية إذا اعتقد أطبائي أن هذا أفضل لي في

ذلك الوقت. Total Flexibility: It is OK for my decision maker to change any of my medical decisions if my doctors think it is best for me at that time.

بعض المرونة: يُسمح لصاحب القرار الخاص بي بتغيير بعض قراراتي إذا اعتقد الأطباء أن هذا أفضل. ولكن

هذه الرغبات لم أكن أريد تغييرها أبدًا: Some Flexibility: It is OK for my decision maker to change some of my decisions if the doctors think it is best. But, these wishes I NEVER want changed:

لا مرونة: أريد أن يلبي صاحب القرار الخاص بي رغباتي الطبية تمامًا. وليس من المقبول تغيير قراراتي،

حتى لو أوصى الأطباء بذلك. No Flexibility: I want my decision maker to follow my medical wishes exactly. It is NOT OK to change my decisions, even if the doctors recommend it.

إذا كنت ترغب، يمكنك كتابة لماذا تشعر بذلك. If you want, you can write why you feel this way.

لتحديد خيارات الرعاية الصحية الخاصة بك، انتقل إلى الجزء ٢ في الصفحة ٧. وإذا انتهيت، يجب عليك توقيع هذا النموذج في الصفحة ١٣. يرجى مشاركة رغباتك مع عائلتك وأصدقائك ومقدمي الخدمات الطبية.

To make your own health care choices, go to Part 2 on page 7. If you are done, you must sign this form on page 13. Please share your wishes with your family, friends, and medical providers.

الجزء ٢: حدد خيارات الرعاية الصحية الخاصة بك

Make your own health care choices
Fill out only the questions you want.

املاً فقط الأسئلة التي تريدها.

الجزء ٢

كيف تفضل اتخاذ القرارات الطبية؟ How do you prefer to make medical decisions?

بعض الأشخاص يفضلون اتخاذ قراراتهم الطبية بأنفسهم. ويفضل بعض الأشخاص مساهمة من الآخرين (الأصدقاء، والأصدقاء، ومقدمي الخدمات الطبية) قبل اتخاذ القرار. ويفضل بعض الأشخاص أن يتخذ الآخرون القرارات نيابة عنهم.

Some people prefer to make their own medical decisions. Some people prefer input from others (family, friends, and medical providers) before they make a decision. And, some people prefer other people make decisions for them.

يرجى ملاحظة: لا يمكن لمقدمي الخدمات الطبية اتخاذ القرارات نيابة عنك. يمكنهم فقط تقديم معلومات للمساعدة في اتخاذ القرار.

Please note: Medical providers cannot make decisions for you. They can only give information to help with decision making.

كيف تفضل اتخاذ القرارات الطبية؟ How do you prefer to make medical decisions?

أفضل أن أتخذ قرارات طبية بمفردي دون مساهمة من الآخرين.

I prefer to make medical decisions on my own without input from others.

أفضل اتخاذ القرارات الطبية فقط بعد مساهمة الآخرين.

I prefer to make medical decisions only after input from others.

أفضل أن يكون هناك أشخاص آخرون يتخذون قرارات طبية نيابة عني.

I prefer to have other people make medical decisions for me.

إذا كنت ترغب، يمكنك كتابة لماذا تشعر بذلك، ومن الذي تريد منه المساهمة.

If you want, you can write why you feel this way, and who you want input from.

ما هي الأمور الأكثر أهمية في الحياة؟ تختلف نوعية الحياة من شخص لآخر. What matters most in life? Quality of life differs for each person.

ما هو الشيء الأكثر أهمية في حياتك؟ ضع العلامات بقدر ما تريد. What is most important in your life? Check as many as you want.

عائلتك أو أصدقاءك

Your family or friends

حيواناتك الأليفة

Your pets

الهوايات، مثل زراعة الحدائق، والمشي، والطبخ

Hobbies, such as gardening, hiking, and cooking: Your hobbies

هواياتك

العمل أو التطوع

Working or volunteering

الاعتناء بنفسك والاستقلالية

Caring for yourself and being independent

ألا تكون عبئاً على عائلتك

Not being a burden on your family

الدين أو الروحانية: ديانتك

Religion or spirituality: Your religion

شيء آخر

Something else

ما الذي يجلب السعادة لحياتك؟ ما هو أكثر ما تتطلع إليه في الحياة؟ What brings your life joy? What are you most looking forward to in life?

ما هي الأمور الأكثر أهمية بالنسبة للرعاية الطبية الخاصة بك؟ هذا يختلف من شخص لآخر.

What matters most for your medical care? This differs for each person.

بالنسبة لبعض الأشخاص، فإن الهدف الرئيسي هو البقاء على قيد الحياة لأطول فترة ممكنة حتى لو:

For some people, the main goal is to be kept alive as long as possible even if:

- يجب أن يظلوا على قيد الحياة بواسطة الآلات وهم يعانون They have to be kept alive on machines and are suffering
- لا يستطيعون التحدث إلى أسرهم وأصدقائهم من شدة مرضهم They are too sick to talk to their family and friends

بالنسبة لأشخاص آخرين، فإن الهدف الرئيسي هو التركيز على نوعية الحياة والشعور بالراحة.

For other people, the main goal is to focus on quality of life and being comfortable.

These people would prefer a natural death, and not be kept alive on machines

- ويفضل هؤلاء الأشخاص الموت الطبيعي، وعدم البقاء على قيد الحياة بواسطة الآلات

وأشخاص آخرون في مكان ما بينهما. ما المهم بالنسبة لك؟ Other people are somewhere in between. What is important to you?

قد تختلف أهدافك اليوم في حالتك الصحية الحالية عنها في نهاية حياتك. Your goals may differ today in your current health than at the end of life.

TODAY, IN YOUR CURRENT HEALTH

اليوم، في حالتك الصحية الحالية

ضع علامة X على طول هذا الخط لإظهار ما تشعر به اليوم، في حالتك الصحية الحالية.

Put an X along this line to show how you feel today, in your current health.



هدفي الرئيسي هو أن أعيش

لأطول فترة ممكنة، مهما كان الأمر.

My main goal is to live as long as possible, no matter what.

بنفس القدر من

الأهمية

Equally important

هدفي الرئيسي هو التركيز على

نوعية الحياة والشعور بالراحة.

My main goal is to focus on quality of life and being comfortable.

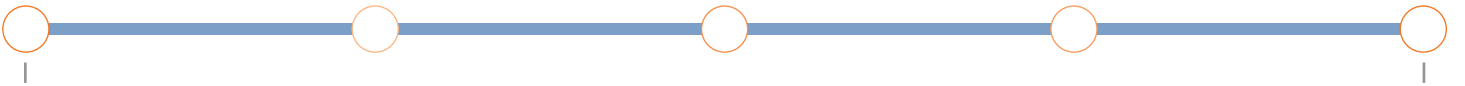
إذا أردت، يمكنك كتابة لماذا تشعر بذلك. If you want, you can write why you feel this way.

AT THE END OF LIFE

في نهاية الحياة

ضع علامة X على طول هذا الخط لإظهار شعورك إذا كنت مريضًا لدرجة أنك قد تموت قريبًا.

Put an X along this line to show how you would feel if you were so sick that you may die soon.



هدفي الرئيسي هو أن أعيش

لأطول فترة ممكنة، مهما كان الأمر.

My main goal is to live as long as possible, no matter what.

بنفس القدر من

الأهمية

Equally important

هدفي الرئيسي هو التركيز على

نوعية الحياة والشعور بالراحة.

My main goal is to focus on quality of life and being comfortable.

إذا أردت، يمكنك كتابة لماذا تشعر بذلك. If you want, you can write why you feel this way.

إن نوعية الحياة تختلف لدى كل شخص في نهاية الحياة. ما هي الأمور الأكثر أهمية بالنسبة لك؟

Quality of life differs for each person at the end of life. What would be most important to you?

AT THE END OF LIFE

في نهاية الحياة

بعض الأشخاص على استعداد أن يعيشوا وهم يعانون كثيرًا من أجل الحصول على فرصة للعيش لفترة أطول.
Some people are willing to live through a lot for a chance of living longer.

ويعرف آخرون أن بعض الأمور ستكون صعبة للغاية على نوعية حياتهم.
Other people know that certain things would be very hard on their quality of life.

- هذه الأمور قد تجعلهم يريدون التركيز على الراحة بدلاً من محاولة العيش لأطول فترة ممكنة.
Those things may make them want to focus on comfort rather than trying to live as long as possible.

في نهاية الحياة، أي من هذه الأمور ستكون صعبة للغاية على نوعية حياتك؟
At the end of life, which of these things would be very hard on your quality of life?

ضع العلامات بقدر ما تريد. Check as many as you want.

- البقاء في غيبوبة وعدم القدرة على الاستيقاظ أو التحدث مع عائلتي وأصدقائي
- Being in a coma and not able to wake up or talk to my family and friends
- عدم القدرة على العيش دون أن أكون موصولاً بأجهزة
- Not being able to live without being hooked up to machines
- عدم القدرة على التفكير بنفسي، مثل الخرف الشديد
- Not being able to think for myself, such as severe dementia
- عدم القدرة على إطعام نفسي أو الاستحمام أو الاعتناء بنفسي
- Not being able to feed, bathe, or take care of myself
- عدم القدرة على العيش بمفردي، كما هو الحال في دار رعاية المسنين
- Not being able to live on my own, such as in a nursing home
- وجود ألم مستمر أو شديد أو الشعور بعدم الراحة
- Having constant, severe pain or discomfort
- شيء آخر
- Something else

أو، أنا على استعداد للعيش من خلال كل هذه الأمور للحصول على فرصة للعيش لفترة أطول.
OR, I am willing to live through all of these things for a chance of living longer.

إذا كنت ترغب، يمكنك كتابة لماذا تشعر بذلك. If you want, you can write why you feel this way.

ما هي التجارب التي مررت بها مع مرض خطير أو مع شخص قريب منك كان مريضاً جداً أو كان يحتضر؟
What experiences have you had with serious illness or with someone close to you who was very sick or dying?

- إذا كنت ترغب، يمكنك كتابة ما سار بشكل جيد أو ما لم يسر بشكل جيد، ولماذا.
If you want, you can write down what went well or did not go well, and why.

إذا كنت تحتضر، فأين تريد أن تكون؟
If you were dying, where would you want to be?

- لست متأكدًا أي منهما في المستشفى في المنزل
- I am not sure either in the hospital at home

ماذا سيكون مهمًا أيضًا، مثل الطعام أو الموسيقى أو الحيوانات الأليفة أو الأشخاص الذي ترغب في وجودهم معك؟
What else would be important, such as food, music, pets, or people you want around you?

How do you balance quality of life with medical care?

كيف توازن بين نوعية الحياة والرعاية الطبية؟

في بعض الأحيان، يمكن أن تسبب الأمراض والعلاجات المستخدمة لمحاولة مساعدة الناس على العيش لفترة

Sometimes illness and the treatments used to try to help people live longer can cause pain, side effects, and the inability to care for yourself.

أطول الألم والآثار الجانبية وعدم القدرة على رعاية نفسك.

يرجى قراءة هذه الصفحة كاملة قبل اتخاذ قرار. Please read this whole page before making a choice.

في نهاية الحياة، بعض الناس على استعداد أن يعيشوا وهم يعانون كثيراً من أجل الحصول على فرصة لعيش حياة أطول.

AT THE END OF LIFE, some people are willing to live through a lot for a chance of living longer.

ويعرف آخرون أن بعض الأمور ستكون صعبة للغاية على نوعية حياتهم. قد يكون علاج الإبقاء على قيد الحياة هو إنعاش

القلب والرئتين أو جهاز التنفس الاصطناعي أو أنابيب التغذية، أو غسيل الكلى، أو عمليات النقل.

Other people know that certain things would be very hard on their quality of life.

Life support treatment can be CPR, a breathing machine, feeding tubes, dialysis, or transfusions.



حدد الخيار الذي توافق عليه أكثر من غيره. Check the one choice you most agree with.

إذا كنت مريضاً لدرجة أنك قد تموت قريباً، فما الذي تفضله؟

If you were so sick that you may die soon, what would you prefer?

تجربة كل علاجات الإبقاء على قيد الحياة التي يعتقد أطبائي أنها قد تساعد. أريد أن أبقى على علاجات الإبقاء على قيد الحياة حتى لو كان هناك أمل ضئيل في تحسن حالتي الصحية أو عيش الحياة التي أقدرها.

Try all life support treatments that my doctors think might help. I want to stay on life support treatments even if there is little hope of getting better or living a life I value.

تجربة علاجات الإبقاء على الحياة التي يعتقد أطبائي أنها قد تساعد. لكنني لا أود الإستمرار في علاجات الإبقاء على الحياة إذا لم تنجح العلاجات وكان هناك أمل ضئيل في تحسن حالتي الصحية أو عيش الحياة التي أقدرها.

Do a trial of life support treatments that my doctors think might help. But, I DO NOT want to stay on life support treatments if the treatments do not work and there is little hope of getting better or living a life I value.

لا أريد علاجات الإبقاء على الحياة، وأريد التركيز على أن أكون مرتاحاً. افضل ان أموت بشكل طبيعي.

I do not want life support treatments, and I want to focus on being comfortable. I prefer to have a natural death.

ما الذي يجب أن يعرفه مقدمو الخدمات الطبية وصاحب القرار بشأن هذا الاختيار؟ أو لماذا اخترت هذا الخيار؟

What else should your medical providers and decision maker know about this choice? Or, why did you choose this option?

قد يوجه سؤال إلى صاحب القرار عن التبرع بالأعضاء وتشريح الجثة بعد وفاتك من فضلك أخبرنا عن رغباتك.

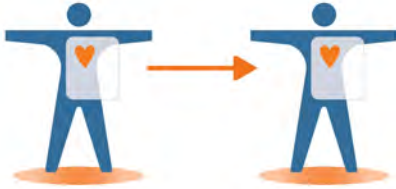
Your decision maker may be asked about organ donation and autopsy after you die. Please tell us your wishes.

ORGAN DONATION

التبرع بالأعضاء

يقرر بعض الناس التبرع بأعضائهم أو أجزاء جسمهم. Some people decide to donate their organs or body parts.

ماذا تفضل؟ What do you prefer?



أريد التبرع بأعضائي أو أجزاء جسمي. I want to donate my organs or body parts.

ما هو العضو أو الجزء من الجسم تريد التبرع به؟ Which organ or body part do you want to donate?

أي عضو أو جزء من الجسم Any organ or body part

فقط Only

لا أريد التبرع بأعضائي أو أجزاء جسمي. I do not want to donate my organs or body parts.

ماذا يجب أن يعرف مقدمو الخدمات الطبية وصاحب القرار الطبي الخاص بك عن التبرع بأعضائك أو أجزاء جسمك؟

What else should your medical providers and medical decision maker know about donating your organs or body parts?

AUTOPSY

تشريح الجثة

يمكن إجراء تشريح بعد الموت لمعرفة سبب وفاة شخص ما. An autopsy can be done after death to find out why someone died.

يتم ذلك عن طريق الجراحة. قد يستغرق ذلك بضعة أيام. It is done by surgery. It can take a few days.



أريد تشريح جثتي. I want an autopsy.

لا أريد تشريح جثتي. I do not want an autopsy.

أريد تشريح جثتي فقط إذا كانت هناك شكوك حول موتي. I only want an autopsy if there are questions about my death.

FUNERAL OR BURIAL WISHES

رغبات الجنازة أو الدفن

ما الذي يجب أن يعرفه مقدمو الخدمات الطبية وصاحب القرار الخاص بك حول الطريقة التي تريد أن يعامل بها جسمك بعد وفاتك، ورغباتك بشأن الجنازة أو الدفن؟

What should your medical providers and decision maker know about how you want your body to be treated after you die, and your funeral or burial wishes?

هل لديك رغبات دينية أو روحية؟ Do you have religious or spiritual wishes?

هل لديك رغبات بشأن الجنازة أو الدفن؟ Do you have funeral or burial wishes?

ماذا يجب أن يعرف مقدمو الخدمات الطبية وصاحب القرار الطبي عنك وعن خياراتك للرعاية الطبية؟

What else should your medical providers and medical decision maker know about you and your choices for medical care?

اختياري: كيف تفضل الحصول على المعلومات الطبية؟

OPTIONAL: How do you prefer to get medical information?

قد يرغب بعض الأشخاص في معرفة جميع معلوماتهم الطبية. وقد لا يرغب الآخرون.
Some people may want to know all of their medical information. Other people may not.

إذا كنت مصاباً بمرض خطير، فهل تريد أن يخبرك أطباؤك ومقدمو الخدمات الطبية عن شدة مرضك أو المدة التي ستعيشها؟
If you had a serious illness, would you want your doctors and medical providers to tell you how sick you are or how long you may have to live?

نعم، أود أن أعرف هذه المعلومات.

لا، لا أريد أن أعرف. يرجى التحدث إلى متخذ القرار الخاص بي بدلاً من ذلك.
No, I would not want to know. Please talk with my decision maker instead.

إذا أردت، يمكنك كتابة ما تشعر به حالياً.
If you want, you can write why you feel this way.

تحدث إلى مقدمي الخدمات الطبية حتى يعرفوا كيف تريد الحصول على المعلومات *
* Talk to your medical providers so they know how you want to get information.



Part 3: Sign the form

توقيع النموذج

الجزء ٣

قبل استخدام هذا النموذج ، يجب عليك: Before this form can be used, you must:

- توقيع هذا النموذج إذا كان عمرك ١٨ عامًا أو أكبر sign this form if you are 18 years of age or older
- أن يكون لديك اثنين من الشهود أو كاتب عدل للتوقيع على النموذج have two witnesses or a notary sign the form

وقع اسمك واكتب التاريخ. Sign your name and write the date.

today's date تاريخ اليوم

sign your name وقع اسمك

date of birth تاريخ الميلاد

print last name اطبع اسمك الأخير

print first name اطبع اسمك الأول

الرمز البريدي
zip code

الولاية
state

city المدينة

address العنوان

شهود أو محرر العقد

Witnesses or Notary

قبل استخدام هذا النموذج، يجب أن يكون لديك شاهدان أو كاتب عدل للتوقيع على النموذج. وظيفة كاتب العدل هي التأكد من قيامك بالتوقيع على النموذج.

Before this form can be used, you must have 2 witnesses or a notary sign the form.
The job of a notary is to make sure it is you signing the form.

يجب على شهودك: Your witnesses must:

- أن يكون عمرهم ١٨ عامًا أو أكثر be 18 years of age or older
- يعرفونك know you
- يتفقوا على أنك من وقع هذا النموذج agree that it was you that signed this form

لا يستطيع شهودك: Your witnesses cannot:

- أن يكونوا صاحب القرار الطبي الخاص بك be your medical decision maker
- أن يكونوا مزود الرعاية الصحية الخاص بك be your health care provider
- العمل لدى مقدم الرعاية الصحية الخاص بك work for your health care provider
- العمل في المكان الذي تعيش فيه (إذا كنت تعيش في دار لرعاية المسنين، فانتقل إلى صفحة ١٥) work at the place that you live (if you live in a nursing home go to Page 15)



work at the place that you live
(if you live in a nursing home
go to Page 15)

أيضًا، لا يمكن لشاهد واحد أن: Also, one witness cannot:

- أن يكون ذو صلة بك بأي شكل من الأشكال be related to you in any way
- يستفيد ماليًا (يحصل على أي أموال أو ممتلكات) بعد وفاتك benefit financially (get any money or property) after you die

يجب أن يوقع الشهود بأسمائهم في الصفحة ١٤.

إذا لم يكن لديك شهود، فيجب على كاتب العدل التوقيع في الصفحة ١٥.

Witnesses need to sign their names on Page 14. If you do not have witnesses, a notary must sign on Page 15.

اطلب من شهودك توقيع أسمائهم وكتابة التاريخ. Have your witnesses sign their names and write the date.

بالتوقيع، أشهد بأن _____ قد وقع هذا النموذج.

By signing, I promise that (the person named on Page 13) signed this form. الشخص المذكور اسمه في الصفحة ١٣

كانوا يفكرون بوضوح ولم يجبروا على التوقيع عليه. They were thinking clearly and were not forced to sign it.



أعد أيضاً بما يلي: I also promise that:

- إنني أعرف هذا الشخص أو يمكنهم إثبات هويتهم I know this person or they can prove who they are
- عمري ١٨ سنة أو أكثر I am 18 years of age or older
- أنني لست صاحب القرار الطبي لهم I am not their medical decision maker
- أنني لست مقدم الرعاية الصحية لهم I am not their health care provider
- أنني لا أعمل لدى موفر الرعاية الصحية الخاص بهم I do not work for their health care provider
- أنني أنا لا أعمل حيث يعيشون I do not work where they live

يجب أن يشهد أحد الشهود بما يلي: One witness must also promise that:

- لا تربطني بهم أي صلة بالدم أو الزواج أو التبني I am not related to them by blood, marriage, or adoption
- لن أستفيد مالياً (أحصل على أي أموال أو ممتلكات) بعد وفاتهم I will not benefit financially (get any money or property) after they die

الشاهد رقم ١

التاريخ date

وقع اسمك sign your name

اطبع اسمك الأخير print last name

اطبع اسمك الأول print first name

الرمز البريدي
zip code

الولاية
state

المدينة city

العنوان address

الشاهد رقم ٢

التاريخ date

وقع اسمك sign your name

اطبع اسمك الأخير print last name

اطبع اسمك الأول print first name

الرمز البريدي
zip code

الولاية
state

المدينة city

العنوان address

لقد انتهيت الآن من هذا النموذج. You are now done with this form.

شارك هذا النموذج مع عائلتك وأصدقائك ومقدمي الخدمات الطبية. تحدث معهم عن رغباتك الطبية. لمعرفة المزيد اذهب إل www.prepareforyourcare.org

Share this form with your family, friends, and medical providers. Talk with them about your medical wishes. To learn more go to www.prepareforyourcare.org



كاتب العدل: خذ هذا النموذج إلى كاتب العدل فقط إذا لم يوقع شاهدان على هذا النموذج.

Notary Public: Take this form to a notary public ONLY if two witnesses have not signed this form. Bring photo I.D. (driver's license, passport, etc.).

اجلب صورة لبطاقة التعريف (رخصة القيادة، جواز السفر، إلخ).

CERTIFICATE OF ACKNOWLEDGEMENT OF NOTARY PUBLIC

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.

State of California County of _____

On _____ before me, _____, personally
Date Here insert name and title of the officer
appeared _____
Names(s) of Signer(s)

who proved to me 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 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 _____
Signature of Notary Public

Description of Attached Document

Title or type of document: _____

Date: _____ Number of pages: _____

Capacity(ies) Claimed by Signer(s)

Signer's Name: _____

- Individual
 Guardian or conservator
 Other _____

(Notary Seal)

For California Nursing Home Residents ONLY لنزلاء دار رعاية المسنين في كاليفورنيا فقط

أعط هذا النموذج لمدير دار رعاية المسنين الخاص بك فقط إذا كنت تعيش في دار لرعاية المسنين. يشترط قانون كاليفورنيا على نزلاء دار رعاية المسنين أن يكون أمين مظالم دار رعاية المسنين شاهد على التعليمات المستقبلية. Give this form to your nursing home director ONLY if you live in a nursing home. California law requires nursing home residents to have the nursing home ombudsman as a witness of advance directives.

بيان محامي المريض أو أمين المظالم Statement of the patient advocate or ombudsman

* أعلن تحت عقوبة الحنث باليمين بموجب قوانين كاليفورنيا أنني محامي مريض أو أمين مظالم الذي حددته الإدارة المعنية بالشيخوخة في الولاية وأني أخدم كشاهد كما هو مطلوب بموجب المادة ٤٦٧٥ من قانون التحقيق.* *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.*

التاريخ date

وقّع اسمك sign your name

اطبع اسمك الأخير print last name

اطبع اسمك الأول print first name

الرمز البريدي zip code

الولاية state

المدينة city

العنوان address

حقوق الطبع والنشر © أعضاء مجلس جامعة كاليفورنيا، ٢٠١٦ جميع الحقوق محفوظة. المنقحة ٢٠٢٠. لا يجوز لأي شخص إستخراج نسخة طبق الأصل من هذا النموذج بأي وسيلة لأغراض تجارية أو الإضافة لهذا النموذج أو تعديله بأي حال دون اتفاقية ترخيص وموافقة خطية من أعضاء مجلس الجامعة. لا يقدم أعضاء مجلس الجامعة أي ضمانات بشأن هذا النموذج. لمعرفة المزيد عن هذا الموضوع وشروط الاستخدام، اذهب إلى www.prepareforyourcare.org

Copyright © The Regents of the University of California, 2016. All rights reserved. Revised 2020. No one may reproduce this form by any means for commercial purposes or add to or modify this form in anyway without a licensing agreement and written permission from the Regents. The Regents makes no warranties about this form. To learn more about this and the terms of use, go to www.prepareforyourcare.org

