

فرم دستورات پیشرفته مراقبت درمانی کالیفرنیا

California Advance Health Care Directive



این فرم به دکتر شما اجازه خواهد داد که از خواسته های شما در مورد مراقبت درمانی آگاه شود

This form will let your doctors know your health care wishes.

این فرم 3 قسمت دارد. این به شما امکان می دهد که:

This form has 3 parts. It lets you:

بخش 1: یک نماینده مراقبت درمانی را انتخاب کنید.

Choose a health care agent. Part 1:

یک نماینده مراقبت درمانی کسی است که می تواند برای شما تصمیم گیری پزشکی کند اگر شما بیش از آن بیمار شوید که بتوانید چنین تصمیماتی را بگیرید.

A health care agent is a person who can make medical decisions for you if you are too sick to make them yourself.

بخش 2: مراقبت های درمانی خود را انتخاب کنید.

Make your own health care choices. Part 2:

این فرم به شما این امکان را می دهد تا نوع مراقبت درمانی را که می خواهید انتخاب کنید. بدین ترتیب، کسانی که از شما مراقبت می کنند مجبور نخواهند بود که حدس بزنند که شما چه می خواهید اگر شما آنقدر مریض شدید که نتوانید خودتان تصمیم بگیرید.

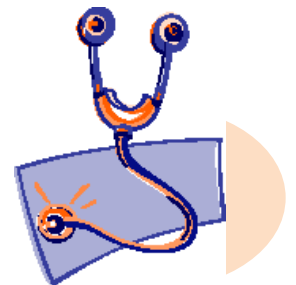
This form lets you choose the kind of health care you want. This way, those who care for you will not have to guess what you want if you are too sick to tell them yourself.

بخش 3: فرم را امضاء کنید.

Sign the form. Part 3:

باید پیش از استفاده امضا شود.

It must be signed before it can be used.



شما می توانید بخش 1، بخش 2، یا هر دو را پر کنید. همیشه فرم را در

صفحه E9 امضاء کنید. You can fill out Part 1, Part 2, or both. Always sign the form on page E9.

2 شاهد لازم است که صفحه E10 را امضاء کنند یا یک سردفتر اسناد رسمی

آن را در صفحه E11 امضاء کند. 2 witnesses need to sign on page E10 or a notary public on page E11.

E1

به صفحه بعد بروید
Go to the next page

اگر شما فقط می خواهید یک نماینده مراقبت درمانی انتخاب کنید، به بخش 1 در

صفحه E3 مراجعه کنید. If you only want a health care agent, go to Part 1 on page E3.

اگر شما فقط می خواهید مراقبت درمانی خود را انتخاب کنید، به بخش 2 در

صفحه E6 مراجعه کنید. If you only want to make your own health care choices, go to Part 2 on page E6.

اگر هر دو را می خواهید، پس بخش 1 و بخش 2 را انتخاب کنید.

If you want both, then fill out Part 1 and Part 2.

همیشه فرم را در بخش 3 در صفحه E9 امضاء کنید.

Always sign the form in Part 3 on page E9.

2 شاهد لازم است که صفحه E10 را امضاء کنند یا یک سردفتر اسناد رسمی

آن را در صفحه E11 امضاء کند.

2 witnesses need to sign on page E10 or a notary public on page E11.



پس از تکمیل فرم با آن فرمی که پر کرده ام چه کنم؟

What do I do with the form after I fill it out?

فرم را در اختیار کسانی قرار دهید که از شما مراقبت می کنند:

Share the form with those who care for you:

- پزشکان doctors
- پرستاران nurses
- مددکاران اجتماعی social workers
- خانواده و دوستان family & friends
- نماینده مراقبت درمانی health care agent

اگر من نظرم را عوض کنم چه می شود؟

What if I change my mind? Fill out a new form.

فرم جدیدی را پر کنید. به کسانی که از شما مراقبت می کنند در مورد تغییرات خود

اطلاع دهید. Tell those who care for you about your changes.

فرم جدید را به نماینده مراقبت درمانی و پزشک خود بدهید.

Give the new form to your health care agent and doctor.

چه کنم اگر سؤالی در مورد این فرم داشته باشم؟

What if I have questions about the form?

آن را نزد پزشکان، پرستاران، مددکاران اجتماعی، نماینده مراقبت درمانی،

خانواده و یا دوستان خود ببرید تا به سؤالات شما پاسخ دهند.

Bring it to your doctors, nurses, social workers, health care agent, family or friends to answer your questions.

چه کنم اگر من می خواهم تصمیمی در مورد مراقبت

درمانی بگیرم که در انتخاب های این فرم نیستند؟

What if I want to make health care choices that are not on this form?

انتخاب های خود را روی یک برگ کاغذ بنویسید.

Write your choices on a piece of paper.

کاغذ را همراه فرم نگه دارید.

Keep the paper with this form.

انتخاب های خود را با کسانی که از شما مراقبت می کنند در میان بگذارید.

Share your choices with those who care for you.



نماینده مراقبت درمانی خود را انتخاب کنید

بخش 1

Choose your health care agent

PART 1

کسی که می تواند برای شما تصمیم گیری پزشکی کند اگر شما بیش از آن بیمار شوید که بتوانید خودتان چنین تصمیمی را بگیرید.
The person who can make medical decisions for you if you are too sick to make them yourself.

چه کسی را باید به عنوان نماینده مراقبت درمانی خود معرفی کنم؟

Whom should I choose to be my health care agent?

یک عضو خانواده یا دوستان که:

A family member or friend who:

• حد اقل 18 سال سن داشته باشد

is at least 18 years old

• شما را خوب می شناسد

knows you well

• می تواند وقتی که شما به آنها نیاز دارید در آنجا باشد

can be there for you when you need them

• شما اعتماد داشته باشید که برای شما بهترین کار را انجام می دهد

you trust to do what is best for you

• شما می توانید به پزشکان در مورد تصمیم هایی که در این فرم گرفته

اید اطلاع دهید در مورد تصمیم هایی که در این فرم گرفته

نماینده شما نمی تواند دکتر شما یا شخصی که در بیمارستان یا درمانگاه کار می کند باشد،

مگر اینکه او یک عضوی از خانواده شما باشد.

Your agent cannot be your doctor or someone who works at your hospital or clinic, unless he/she is a family member.

چه خواهد شد اگر من یک نماینده مراقبت درمانی انتخاب نکنم؟

What will happen if I do not choose a health care agent?

اگر شما آنقدر مریض باشید که نتوانید خودتان تصمیم بگیرید، پزشک

شما از نزدیک ترین اعضای خانواده شما خواهد خواست تا برای شما

If you are too sick to make your own decisions, your doctors will

ask you your closest family members to make decisions for you.

تصمیم بگیرند.

اگر شما می خواهید که نماینده شما کسی غیر از خانواده باشد، شما باید

If you want your agent to be someone other than

family, you must write his or her name on this form.

نام او را در این فرم بنویسید.

عامل مراقبت درمانی من چه نوع تصمیم هایی می تواند بگیرد؟

What kind of decisions can my health care agent make?

با موارد زیر موافقت کند، نه بگوید، تغییر دهد، متوقف کند یا انتخاب کند:

Agree to, say no to, change, stop or choose:

• پزشکان، پرستاران، مددکاران اجتماعی

doctors, nurses, social workers hospitals or clinics

• بیمارستان یا درمانگاه

• داروها، آزمایشها، یا درمانها

medications, tests, or treatments

• پس از مرگ شما چه اتفاقی برای بدن و اعضای بدن شما می افتد

what happens to your body and organs after you die

نماینده شما لازم است از گزینه های مراقبت درمانی شما در بخش 2 پیروی کند.

Your agent will need to follow the health care choices you make in Part 2.

سایر تصمیماتی که نماینده شما می تواند بگیرد:

Other decisions your agent can make:

درمانهای حفظ حیات شما - مراقبت های پزشکی که به شما کمک می کند بیشتر زنده بمانید
Life support treatments - medical care to try to help you live longer

- **به حیات آوری از طریق CPR (cardiopulmonary resuscitation)**
- **قلبی = cardio** (heart)
- **ریوی = pulmonary** (lungs)
- **resuscitation = به حیات آوری** (to bring back)

این کار ممکن است شامل موارد زیر شود:

- **محکم فشار دادن روی قفسه سینه شما برای ادامه دادن به جریان خون شما**
pressing hard on your chest to keep your blood pumping
- **اعمال شوک برقی برای به کار انداختن قلب شما**
electrical shocks to jump start your heart
- **وارد کردن دارو در رگهای شما**
medicines in your veins



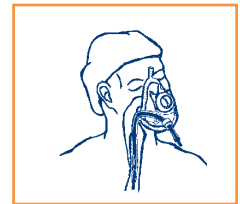
• **دستگاه تنفسی یا تهویه** Breathing machine or ventilator

دستگاه هوا را به داخل ریه های شما پمپ می کند و برای شما تنفس می کند.
وقتی که دستگاه نصب باشد، شما قادر به صحبت کردن نیستید.

The machine pumps air into your lungs and breathes for you. You are not able to talk when on the machine.

• **دیالیز** Dialysis

ماشینی که خون شما را تمیز می کند اگر کلیه های شما از کار افتاده باشند.
A machine that cleans your blood if your kidneys stop working.



• **لوله تغذیه** Feeding tube

لوله ای که به شما غذا می رساند اگر شما نتوانید غذا را قورت بدهید. این لوله از طریق گلویتان بداخل معده شما قرار داده می شود. آن را همچنان می توان با عمل جراحی قرار داد.

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

• **انتقال های خون** Blood transfusions

برای تزریق خون در رگهای شما. To put blood in your veins.

• **عمل جراحی** Surgery

• **داروها** Medicines



مراقبت پایان زندگی - اگر ممکن است که شما به زودی بمیرید نماینده مراقبت درمانی شما می تواند:

End of life care - if you might die soon your health care agent can:

- **یک رهبر روحانی را فرا بخواند** call in a spiritual leader

- **تصمیم بگیرد که شما در منزل و یا در بیمارستان بمیرید**
decide if you die at home or in the hospital



این فرم را به نماینده مراقبت درمانی شما نشان دهید. به نماینده شما بگویید که چه نوع مراقبت درمانی را شما می خواهید.

Show your health care agent this form. Tell your agent what kind of medical care you want.



به صفحه بعد بروید
Go to the next page



نماینده مراقبت درمانی شما Your Health Care Agent

من می خواهم این فرد تصمیمات پزشکی مرا بگیرد. در صفحه E5 بنویسید.
I want this person to make my medical decisions. Write this on page E5.

نام خانوادگی (last name) نام (first name)

آدرس خیابان (street address) شهر (city) ایالت (state) کد پستی (zip code)

() () () ()

شماره تلفن منزل (home phone number) شماره تلفن محل کار (work phone number)

اگر شخص اول نمی تواند آن را انجام دهد، من می خواهم این فرد تصمیمات پزشکی مرا بگیرد.
If the first person cannot do it, then I want this person to make my medical decisions.

نام خانوادگی (last name) نام (first name)

آدرس خیابان (street address) شهر (city) ایالت (state) کد پستی (zip code)

() () () ()

شماره تلفن منزل (home phone number) شماره تلفن محل کار (work phone number)

یک علامت X کنار جمله ای که با آن موافقید قرار دهید. این را در صفحه E5 علامت بگذارید.
Put an X next to the sentence you agree with. Mark this on page E5.

نماینده مراقبت درمانی من بلافاصله بعد از اینکه من این فرم را امضاء کردم می تواند برای من تصمیم بگیرد.
My health care agent can make decisions for me right after I sign this form.

نماینده مراقبت درمانی من فقط بعد از اینکه من نتوانم تصمیمات خود را بگیرم می تواند برای من تصمیم بگیرد.
My health care agent will make decisions for me only after I cannot make my own decisions.

شما می توانید انتخاب های مراقبت درمانی خود را در این صفحه بنویسید. شما چه طور می خواهید که نماینده مراقبت درمانی شما این گزینه ها را دنبال کند؟ یک علامت X کنار یک جمله ای که با آن بیشتر از همه موافق هستید بگذارید. در صفحه E5 بنویسید.
You may write down your health care choices on this form. How do you want your health care agent to follow these choices?

Put an X next to the one sentence you most agree with. Write this on page E5.

من می خواهم که نماینده مراقبت درمانی من با دکتر من همکاری کرده و از بهترین قضاوت او استفاده کند. نماینده من مجاز است از گزینه های مراقبت درمانی من در این فرم به عنوان یک راهنمای کلی پیروی کند.
I want my health care agent to work with my doctors and to use her/his best judgment. It is OK for my agent to follow my health care choices on this form as a general guide.

هر چند مجاز است که از گزینه های من به عنوان یک راهنمای کلی پیروی شود، انتخابهایی هستند که من نمی خواهم تغییر داده شوند.::
Even though it is OK to follow my choices as a general guide, there are some choices I do not want changed.

من می خواهم که نماینده مراقبت درمانی من گزینه های مراقبت های درمانی من در این فرم را بطور دقیق پیروی کند. من هرگز نمی خواهم که نماینده من گزینه های مرا تغییر دهد، حتی اگر پزشکان فکر می کنند که این برای من خوب نیست.
I want my health care agent to follow my health care choices on this form exactly. I never want my agent to change my choices, even if the doctors think this is not good for me.

برای انتخاب مراقبت های درمانی خود، به بخش 2 در صفحه بعد مراجعه کنید.

To make your own health care choices, go to Part 2 on the next page.

برای امضای این فرم، به بخش 3 در صفحه E9 مراجعه کنید.

To sign this form, go to Part 3 on page E9.

E5

مراقبت های درمانی خود را انتخاب کنید

بخش 2

Make your own health care choices

PART 2

گزینه های درمانی خود را بنویسید تا کسانی که از شما مراقبت می کنند مجبور نشوند حدس بزنند. جواب های خود را در صفحه E6 بنویسید.

Write down your choices so those who care for you will not have to guess. Write your answers on page E6.

در باره چیزهایی که زندگی شما را برای زیستن با ارزش می کند فکر کنید.

Think about what makes your life worth living.

زندگی من **تنها** وقتی ارزش زیستن دارد اگر من بتوانم:

My life is only worth living if I can:

کنار تمام جمله هایی در صفحه E6 که شما با آنها موافق هستید علامت X بگذارید.

Put an X next to all the sentences you agree with on page E6.

با خانواده یا دوستان صحبت کنم

talk to family or friends

از یک کما بیدار شوم

wake up from a coma

تغذیه کنم، استحمام کنم، یا از خود مراقبت کنم

feed, bathe, or take care of myself

درد نداشته باشم

be free from pain

بدون اتصال به ماشین ها زندگی کنم

live without being hooked up to machines

من مطمئن نیستم

I am not sure

زندگی من همیشه ارزش زیستن دارد بدون توجه به اینکه چقدر من مریض هستم.

My life is always worth living no matter how sick I am.

اگر من دارم می میرم، برای من مهم است که من:

If I am dying, it is important for me to be:

در خانه باشم در بیمارستان باشم من مطمئن نیستم

I am not sure

in the hospital

at home

آیا دین یا معنویت برای شما مهم است؟

Is religion or spirituality important to you?

اگر دین دارید، مذهب شما چیست؟ بله نه

If you have one, what is your religion?

yes

no

پزشکان شما چه چیزی باید در مورد دین یا معنویت شما بدانند؟

What should your doctors know about your religion or spirituality?

اگر شما مریض هستید، پزشکان و پرستاران شما همیشه سعی خواهند کرد که شما راحت و بدون درد باشید.

If you are sick, your doctors and nurses will always try to keep you comfortable and free from pain.



به صفحه بعد بروید
Go to the next page

E6

درمان های حفظ حیات برای زنده نگه داشتن شما مورد استفاده قرار می گیرند. اینها می توانند CPR، یک دستگاه تنفس، لوله های تغذیه، دیالیز، انتقال های خون، یا دارو باشند.

Life support treatments are used to try to keep you alive. These can be CPR, a breathing machine, feeding tubes, dialysis, blood transfusions, or medicine.

Put an X next to the one choice you most agree with.

Please read this whole page before you make your choice.

Mark your answers on page E7.

یک علامت X کنار انتخابی که با آن بیشتر از همه موافق هستید بگذارید.
لطفاً تمام این صفحه را قبل از اینکه گزینه ای را انتخاب کنید، بخوانید.
جواب های خود را در صفحه E7 علامت بزنید.

اگر من آنقدر مریض هستم که ممکن است بزودی بمیرم:

If I am so sick that I may die soon:



تمام درمان های حفظ حیات را که پزشکان من فکر می کنند ممکن است کمک کنند، بکار برید.

Try all life support treatments that my doctors think might help.

اگر درمانها کار ساز نباشند و امید کمی برای بهبود پیدا کردن وجود دارد، من می خواهم به دستگاه های حفظ حیات متصل بمانم.

If the treatments do not work and there is little hope of getting better, I want to stay on life support machines.

تمام درمان های حفظ حیات را که پزشکان من فکر می کنند ممکن است کمک کنند، بکار برید.

Try all life support treatments that my doctors think might help.

اگر درمانها کار ساز نباشند و امید کمی برای بهبود پیدا کردن وجود دارد، من نمی خواهم به دستگاه های حفظ حیات متصل بمانم.

I do not want to stay on life support machines. If the treatments do not work and there is little hope of getting better,

تمام درمانهای حفظ حیات را که پزشکان من فکر می کنند ممکن است کمک کنند، بکار برید اما نه این درمانها را.

Try all life support treatments that my doctors think might help but not these treatments

آنها را که نمی خواهید علامت بزنید.

Mark what you do not want.

- | | | | |
|------------------------------|-----------------------|--------------------------------------|-----------------------|
| لوله تغذیه feeding tube | <input type="radio"/> | CPR | <input type="radio"/> |
| انتقال خون blood transfusion | <input type="radio"/> | دیالیز dialysis | <input type="radio"/> |
| دارو medicine | <input type="radio"/> | دستگاه تنفس مصنوعی breathing machine | <input type="radio"/> |
| | | سایر درمانها other treatments | <input type="radio"/> |

من هیچ درمان حفظ حیاتی را نمی خواهم.
I do not want any life support treatments.

من می خواهم که نماینده مراقبت درمانی من برای من تصمیم بگیرد.
I want my health care agent to decide for me.

من مطمئن نیستم.
I am not sure.

دکتر شما ممکن است در مورد اهدای اعضای بدن و کالبد شکافی بعد از مرگ از شما سؤال کند. لطفاً به ما بگویید درخواست هایتان چیست؟

Your doctors may ask about organ donation and autopsy after you die. Please tell us your wishes.

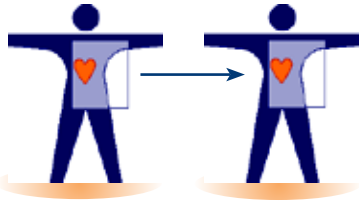
Put an X next to the one choice you most agree with.

یک علامت X کنار انتخابی که با آن بیشتر از همه موافق هستید بگذارید.

جواب های خود را در صفحه E8 علامت بزنید. Mark your answers on page E8.

اهداء (دادن) اعضا شما می تواند به حفظ جان دیگران کمک کند.

Donating (giving) your organs can help save lives.



من می خواهم اعضایم را اهداء کنم.

I want to donate my organs.

کدامیک از اعضایتان را می خواهید اهداء کنید؟

Which organs do you want to donate?

هر عضوی از بدن

فقط

من نمی خواهم اعضایم را اهداء کنم.

I do not want to donate my organs.

من می خواهم که نماینده مراقبت درمانی من تصمیم بگیرد.

I want my health care agent to decide.

من مطمئن نیستم.

I am not sure.

کالبد شکافی می تواند بعد از مرگ انجام شود تا دریابند چرا کسی مرده است.

An autopsy can be done after death to find out why someone died.

این کار با یک عمل جراحی انجام می شود. این کار می تواند چند روز طول بکشد.

It is done by surgery. It can take a few days.



من می خواهم کالبد شکافی شوم.

I want an autopsy.

من نمی خواهم کالبد شکافی شوم.

I do not want an autopsy.

من می خواهم کالبد شکافی شوم اگر سؤال هایی درباره مرگ من وجود دارد.

I want an autopsy if there are questions about my death.

من می خواهم که نماینده مراقبت درمانی من تصمیم بگیرد.

I want my health care agent to decide.

من مطمئن نیستم.

I am not sure.

پزشکان شما در مورد اینکه شما چگونه می خواهید با بدنتان پس از مرگ رفتار شود چه باید بدانند؟

What should your doctors know about how you want your body to be treated after you die?

برای امضای این فرم، به بخش 3 در صفحه بعد مراجعه کنید

Go to Part 3 on the next page to sign this form

فرم را در صفحه E9 امضاء کنید

بخش 3



Sign the form on page E9

PART 3

قبل از اینکه از این فرم استفاده شود، شما باید:

Before this form can be used, you must:

• فرم را در صفحه E9 امضاء کنید. Sign the form on page E9.

• از دو شاهد بخواهید که در صفحه E10 امضاء کنند. Have two witnesses sign on page E10.

اگر شما شاهد ندارید یک سردفتر اسناد رسمی باید در صفحه E11 امضاء کند.

سردفتر اسناد رسمی باید مطمئن شود که این شما هستید که این فرم را امضاء می کنید.

If you do not have witnesses, a notary public must sign on page E11. A notary public's job is to make sure it is you signing the form.

اسمتان را امضاء کنید و تاریخ را در صفحه E9 بنویسید. Sign your name and write the date on page E9.

تاریخ (date)

اسمتان را امضاء کنید (sign your name)

نام خانوادگی خود را بنویسید (print your last name)

نام خود را بنویسید (print your first name)

کد پستی (zip code)

ایالت (state)

شهر (city)

آدرس خیابان (street address)



شاهدان شما باید:

• بیش از 18 سال سن داشته باشند be over 18 years of age

• شما را بشناسند know you

• ببینند که شما این فرم را امضاء می کنید see you sign this form

شاهد شما نمی تواند:

• نماینده مراقبت درمانی شما باشد be your health care agent

• ارائه کنند مراقبت درمانی شما باشد be your health care provider

• برای ارائه کننده مراقبت درمانی شما کار کنند work for your health care provider

• در محلی که شما زندگی می کنید کار کنید (اگر شما در خانه سالمندان زندگی می کنید، به صفحه E12 مراجعه کنید) work at the place that you live (if you live in a nursing home go to page E12)

همچنین، یک شاهد نمی تواند:

• به هیچ صورتی نسبت خانوادگی با شما داشته باشد be related to you in any way

• هیچگونه منفعت مالی (هیچ پول یا املاکی) پس از مرگ شما نصیبش شود benefit financially (get any money or property) after you die

شهود لازم است که نام خود را در صفحه E10 امضاء کنند.

اگر شما شاهدی ندارید، آنرا نزد

یک سردفتر اسناد رسمی ببرید تا صفحه E11 را امضاء کند.

If you do not have witnesses, take this form to a notary public and have them sign on page E11.

از شاهدان خود بخواهید تا اسمشان را امضا کنند و در صفحه E10 تاریخ را بنویسند

Have your witnesses sign their names and write the date on page E10



با امضاء کردن، من قول می دهم که _____ در حالیکه من شاهد
بودم این فرم را امضاء کرد. (نام)
By signing, I promise that _____ signed this form while I watched.
(name)

او بطرز روشنی فکر می کرد و مجبور به امضای این فرم نشد.
He/she was thinking clearly and was not forced to sign it.

من همچنین قول می دهم که: I also promise that:

• من او را می شناسم یا این فرد قادر به اثبات هویت خود بود
I know him/her or this person could prove who he/she was

• من 18 ساله یا بزرگتر هستم
I am 18 years or older

• من نماینده مراقبت درمانی او نیستم
I am not his/her health care agent

• من ارائه کننده مراقبت درمانی او نیستم
I am not his/her health care provider

• من برای ارائه کننده مراقبت درمانی او کار نمی کنم
I do not work for his/her health care provider

• من در جایی که او زندگی می کند کار نمی کنم
I do not work where he/she lives

یک شاهد باید همچنین قول دهد که: One witness must also promise that:

• من از طریق خونی، ازدواج، یا فرزند خواندگی به او مربوط نیستم
I am not related to him/her by blood, marriage, or adoption

• من از نظر مالی (دریافت هیچ پول یا ملکی) سودی پس از مرگ او نخواهم برد
I will not benefit financially (get any money or property) after he/she dies

شاهد شماره 1: صفحه E10 را امضاء کنید. Witness #1: Sign on page E10.

تاریخ (date)

اسمتان را امضاء کنید (sign your name)

نام خانوادگی خود را بنویسید (print your last name)

نام خود را بنویسید (print your first name)

کد پستی (zip code)

ایالت (state)

شهر (city)

آدرس خیابان (street address)

شاهد شماره 2: صفحه E10 را امضاء کنید. Witness #2: Sign on page E10.

تاریخ (date)

اسمتان را امضاء کنید (sign your name)

نام خانوادگی خود را بنویسید (print your last name)

نام خود را بنویسید (print your first name)

کد پستی (zip code)

ایالت (state)

شهر (city)

آدرس خیابان (street address)

اکنون شما کارتتان با این فرم تمام است.

You are now done with this form.



این فرم را با پزشکان، پرستاران، مددکاران اجتماعی،
دوستان، خانواده، و نماینده مراقبت درمانی در میان بگذارید.
Share this form with your doctors, nurses, social workers, friends, family, and health care agent.

با آنها در مورد انتخاب های خود صحبت کنید.

Talk with them about your choices.

E10



Notary Public

سردفتر اسناد رسمی



این فرم را نزد سردفتر اسناد رسمی ببرید تنها اگر دو شاهد این فرم را امضا نکرده اند.

Take this form to a notary public only if two witnesses have not signed this form.

کارت شناسایی عکس دار با خود بیاورید
(گواهینامه رانندگی، گذرنامه، و غیره)

Bring photo I.D. (driver's license, passport, etc.)

CERTIFICATE OF ACKNOWLEDGEMENT OF NOTARY PUBLIC

State of California

County of _____

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

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 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)

اکنون شما کارتان با این فرم تمام است.

You are now done with this form.



این فرم را با پزشکان، پرستاران، مددکاران اجتماعی، دوستان، خانواده، و نماینده مراقبت درمانی در میان بگذارید.

Share this form with your doctors, nurses, social workers, friends, family, and health care agent.

با آنها در مورد انتخاب های خود صحبت کنید.

Talk with them about your choices.



E11

فقط برای ساکنان خانه سالمندان کالیفرنیا

For California Nursing Home Residents ONLY

این فرم را به مسئول خانه سالمندان بدهید فقط اگر شما در خانه سالمندان زندگی می کنید.

Give this form to your nursing home director only if you live in a nursing home.

قانون کالیفرنیا الزام میکند که ساکنان خانه سالمندان از بازرس خانه سالمندان به عنوان شاهد فرم دستورات پیشرفته استفاده کنند.

California law requires nursing home residents to have the nursing home ombudsman as a witness of advance directives.

اظهار نامه وکیل بیمار یا بازپرس

STATEMENT OF THE PATIENT ADVOCATE OR OMBUDSMAN

"من با آگاهی از مجازات دروغ گفتن تحت قوانین ایالت کالیفرنیا اعلام می کنم که من وکیل بیمار یا بازرس به همانگونه که توسط اداره سالمندان کالیفرنیا مشخص شده هستم و اینکه من به عنوان شاهد همانگونه که در بخش 4675 از قانون حضانت مشخص شده، عمل می کنم."

"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."

تاریخ (date)

اسمتان را امضاء کنید (sign your name)

نام خانوادگی خود را بنویسید (print your last name)

نام خود را بنویسید (print your first name)

کد پستی (zip code)

ایالت (state)

شهر (city)

آدرس خیابان (street address)

این فرم دستورات پیشرفته در سازگاری با قانون حضانت کالیفرنیا،
بخش 4675-4671 می باشد. <http://www.leginfo.ca.gov/calaw.html>

This advance directive is in compliance with the California Probate Code, Section 4671-4675. <http://www.leginfo.ca.gov/calaw.html>

این کاری است تحت مجوز Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike. برای مشاهده یک کپی از این مجوز، سایت <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.0/> را ببینید یا نامه ای به آدرس زیر ارسال کنید: Creative Commons, 559 Nathan Abbott Way, Stanford, California 94305, USA.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike License. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.0/> or send a letter to Creative Commons, 559 Nathan Abbott Way, Stanford, California 94305, USA.

تجدید نظر شده 2010/18/1

