

# आज अपनी अग्रिम निर्देशों को पूरा करें!

अनावश्यक पीड़ा से खुद को बचाने के लिए.

अनावश्यक तनाव और बोझ से अपने परिवार को बचाने के लिए.

आज अपनी अग्रिम निर्देशों को पूरा करें!

एक अग्रिम निर्देश आप अपने आप के लिए चिकित्सा निर्णय लेने के लिए भी बीमार हो जाते हैं जब आप की तरह होता है देखभाल के लिए किस तरह अपने चिकित्सक और अपने परिवार कहता है कि एक महत्वपूर्ण दस्तावेज है.

हम सब हमारे जीवन के अंत में बीमार हो जाएगा. अपने समय आता है जब आप शांति और गरिमा के साथ धीरे छोड़ सकते हैं इतना है कि यह आप अपने भविष्य के लिए तैयार है कि महत्वपूर्ण है. आपको यह अग्रिम निर्देश दस्तावेज पूरा करके, अप्रभावी और भारी उपचार से गुजरना करने के लिए मजबूर नहीं किया जाएगा कि सुनिश्चित कर सकते हैं.

निम्न चरणों का उपयोग इस दस्तावेज़ को पूरा करें:

Step1: (आप नहीं कर पा रहे हो तो) अपनी ओर से चिकित्सा निर्णय कर सकते हैं, जो अपने परिवार के लोगों का नाम

Step2: चुनें क्या अपने जीवन के अंत में आप चाहते उपचार की तरह

चरण 3: दस्तावेज़ करें और यह तारीख.

Step4: इस फार्म के बारे में अपने डॉक्टर से बात करें और उसे फार्म की एक प्रति दे.

चरण 5: अपने परिवार के लिए एक प्रति दे.

### अग्रिम स्वास्थ्य देखभाल निर्देश

मैं अपने स्वास्थ्य कि देखभाल और अपने स्वास्थ्य कि देखभाल के निर्णय करने के लिए किसी और के नाम करने के अधिकार के बारे में निर्देश देने का अधिकार रखता हूँ. यह फार्म आपको अपने अंगों के दान के बारे में और अपनी प्राथमिक चिकित्सक चुनने व अपनी इच्छाओं को लिखने में मदद करता है.

### Advance Health Care Directive

You have the right to instruct about your own health care and the right to name someone else to make health care decisions for you. This form helps you write down your wishes regarding donation of organs and choosing your primary Doctor.

### **भाग 1 - स्वास्थ्य देखभाल के लिए सुख्खारनामा Part 1- Power of Attorney for Health Care**

(1.1) एजेंट के पद पर नियुक्ति : मैं मेरे स्वास्थ्य देखभाल निर्णय करने के लिए अपने एजेंट के रूप में निम्नलिखित व्यक्ति को नामित करता हूँ:

**(1.1) DESIGNATION OF AGENT:** I designate the following individual as my agent to make health care decisions for me:

पेहेले एजेंट के रूप में चुनने के व्यक्ति का नाम:(Name of individual you choose as agent):

रिश्ता:(Relationship)

पता:(Address)

टेलीफोन नंबर:( घर, काम , सेल इंगित )Telephone numbers: (Indicate home, work, cell):

वैकल्पिक एजेंट ( वैकल्पिक): मैं अपने एजेंट के अधिकार वापस ले या मेरे एजेंट ने मुझे के लिए एक स्वास्थ्य देखभाल निर्णय करने के लिए , तैयार सक्षम , या यथोचित उपलब्ध नहीं है , तो मैं अपनी पहली वैकल्पिक एजेंट के रूप में नामित हूँ :

**ALTERNATE AGENT (Optional):** If I revoke my agent's authority or if my agent is not willing, able, or reasonably available to make a health care decision for me, I designate as my first alternate agent:

व्यक्ति का नाम आप वैकल्पिक एजेंट के रूप में चुना है (Name of individual you choose as alternate agent):

रिश्ता(Relationship): \_\_\_\_\_

पता(Address): \_\_\_\_\_

टेलीफोन नंबर :( घर, काम , सेल इंगित ). Telephone numbers: (Indicate home, work, cell)

---

दूसरी वैकल्पिक एजेंट ( वैकल्पिक)SECOND ALTERNATE AGENT (optional)::

मैं अपने एजेंट और पहले वैकल्पिक एजेंट का अधिकार वापस ले या न तो मेरे लिए एक स्वास्थ्य देखभाल निर्णय करने के लिए , तैयार सक्षम , या यथोचित उपलब्ध है , अपने दूसरे वैकल्पिक एजेंट के रूप में नामित हैं :If I revoke the authority of my agent and first alternate agent or if neither is willing, able, or reasonably available to make a health care decision for me, I designate as my second alternate agent:

दूसरे वैकल्पिक एजेंट के रूप में चुनने के व्यक्ति का नाम:Name of individual you choose as second alternate agent: \_\_\_\_\_

(1.2) एजेंट के अधिकार (AGENT'S AUTHORITY):

मेरा एजेंट के लिए अधिकृत है (My agent is authorized to):

1)निर्णय , प्रदान रोक , या मुझे जिंदा रखने के लिए कृत्रिम पोषण और जलयोजन और स्वास्थ्य देखभाल के अन्य सभी रूपों को वापस लेने सहित , मेरे लिए सभी स्वास्थ्य देखभाल निर्णय करें.

1) Make all health care decisions for me, including decisions to provide, withhold, or withdraw artificial nutrition and hydration and all other forms of health care to keep me alive,

2) एक विशेष चिकित्सक या स्वास्थ्य देखभाल की सुविधा चुनें , और

2) Choose a particular physician or health care facility, and

3) मिले या मैं यहां राज्य के रूप में छोड़कर , चिकित्सा की जानकारी और रिकॉर्ड की रिहाई के लिए सहमति :

3) Receive or consent to the release of medical information and records, except as I state here:

(1.3) एजेंट का अधिकार तब प्रभावी हो जाता है जब:

मेरी प्राथमिक चिकित्सक मैं प्रारंभिक निम्न पंक्ति जब तक मेरे स्वयं के स्वास्थ्य देखभाल निर्णय लेने में असमर्थ हूँ कि निर्धारित करता है जब मेरे एजेंट का अधिकार प्रभावी हो जाता है .

मैं प्रारंभिक इस लाइन को लिखता हूँ, मुझे लगता है कि मैं अभी भी अपने आप के लिए उन्हें चुन्ता हूँ, तुरंत भले

ही मेरे लिए स्वास्थ्य देखभाल निर्णय करने के लिए अपने एजेंट चाहते हैं .

My agent's authority becomes effective when my primary physician determines that I am unable to make my own health care decisions unless I initial the following line.

If I initial this line, I want my agent to make health care decisions for me immediately even though I am still able to make them for myself.

**( 1.4) एजेंट का दायित्व AGENT'S OBLIGATION:**

मेरा एजेंट स्वास्थ्य देखभाल के लिए वकील की इस शक्ति , मैं इस फार्म के भाग 2 में किसी भी निर्देश , और अपने एजेंट के लिए जाना जाता हद तक मेरी दूसरी इच्छा के अनुसार मेरे लिए स्वास्थ्य देखभाल निर्णय करना होगा . हद तक, मेरी इच्छा अज्ञात हैं, मेरे एजेंट मेरी सबसे अच्छी रुचि होने के लिए निर्धारित करता है और उसके अनुसार मेरे लिए स्वास्थ्य देखभाल का निर्णय करना होगा . मेरे सबसे अच्छे ब्याज का निर्धारण करने में , मेरे एजेंट अपने एजेंट के लिए जाना जाता हद तक मेरी व्यक्तिगत मूल्यों पर विचार करेगा .

My agent shall make health care decisions for me in accordance with this power of attorney for health care, any instructions I give in Part 2 of this form, and my other wishes to the extent known to my agent. To the extent, my wishes are unknown; my agent shall make health care decisions for me in accordance with what my agent determines to be my best interest. In determining my best interest, my agent shall consider my personal values to the extent known to my agent.

**(1.5) एजेंट के पद निधन प्राधिकरण AGENT'S POST DEATH AUTHORITY: :**

मेरा एजेंट उपहार मेरे शरीर के अंगों के लिए अधिकृत है , मैं यहां राज्य के रूप में छोड़कर या इस फार्म के भाग 3 में , एक शव परीक्षा , और मेरे अवशेषों का सीधा स्वभाव को अधिकृत .

---

My agent is authorized to gift my body parts, authorize an autopsy, and direct disposition of my remains, except as I state here or in Part 3 of this form:

---

**(1.6) संरक्षक के नामांकन : NOMINATION OF CONSERVATOR:**

एक अदालत अधिकृत व्यक्ति मेरे लिए नियुक्त किए जाने की जरूरत है, तो मैं इस रूप में चुने गए एजेंट मनोनीत . उस एजेंट के संरक्षक के रूप में कार्य करने के लिए , तैयार सक्षम , या यथोचित उपलब्ध नहीं है, तो मुझे लगता है कि मैं \_\_\_\_\_ ( यहां प्रारंभिक ) का नाम है जिसे वैकल्पिक एजेंटों मनोनीत हैं.

If a court authorized person needs to be appointed for me, I nominate the agent chosen in this form. If that agent is not willing, able, or reasonably available to act as conservator, I

nominate the alternate agents whom I have named \_\_\_\_\_(Initial here).

## **भाग 2 - स्वास्थ्य देखभाल के लिए निर्देश Part 2 -Instructions for Health Care**

आप प्रपत्र के इस भाग को भरने के लिए, क्या आप नहीं चाहते किसी भी शब्दों के बाहर हड़ताल कर सकते हैं .

If you fill out this part of the form, you may strike out any wording you do not want.

(2.1) मैं प्रदान रोक , या मैं नीचे के रूप में चिह्नित किया है पसंद के अनुसार उपचार वापस लेने के लिए मेरी देखभाल में शामिल मेरे स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं और अन्य लोगों के प्रत्यक्ष के अंत के जीवन निर्णय लेता हूँ. उपचार की संभावना जोखिम और बोझ उम्मीद लाभ पल्ला झुकना होगा अगर मैं अपने जीवन लंबे समय तक हो नहीं करना चाहती , या मैं चिकित्सा निश्चितता के एक यथार्थवादी हद तक बेहोश हो जाते हैं और अगर , मैं होश में आने नहीं देंगे :

### **(2.1) END-OF-LIFE DECISIONS**

I direct my health care providers and others involved in my care to provide, withhold, or withdraw treatment in accordance with the choice I have marked below:

**एक )** च्वाइस लम्बा करने के लिए नहीं , या मैं \_\_\_\_\_ में मेरी मौत में परिणाम होगा कि एक लाइलाज और अपरिवर्तनीय शर्त है

a) Choice Not To Prolong: I do not want my life to be prolonged if the likely risks and burdens of treatment would outweigh the expected benefits, or if I become unconscious and, to a realistic degree of medical certainty, I will not regain consciousness, or if I have an incurable and irreversible condition that will result in my death in \_\_\_\_\_

( या)(OR)

**दो )** च्वाइस लम्बा करने के लिए: मैं अपने जीवन आम तौर पर स्वीकार चिकित्सा उपचार के मानकों की सीमा के भीतर संभव के रूप में लंबे समय के रूप में लंबे समय तक रहना चाहता हूँ.

b) Choice To Prolong: I want my life to be prolonged as long as possible within the limits of generally accepted medical treatment standards.

(2.2 ) अन्य शुभकामनायें : यदि आप हैं, इस तरह के रूप में ऊपर के रूप में चिह्नित उन के अलावा अन्य

अलग या अधिक विशिष्ट निर्देश , : आप जीवन का एक उचित गुणवत्ता पर विचार व, उपचार आप उन्हें यहाँ लिखना , भारी या अस्वीकार्य विचार करेगा .

**(2.2) OTHER WISHES:** If you have, different or more specific instructions other than those marked above, such as: what you consider a reasonable quality of life, treatments you would consider burdensome or unacceptable, write them here.

### **भाग 3- अंगों के दान (वैकल्पिक) Part 3 —Donation of Organs at Death (Optional)**

(3.1) मेरी मौत पर ( निशान लागू बाँक्स) : मैं प्रदान रोक , या मैं नीचे के रूप में चिह्नित किया है पसंद के अनुसार उपचार वापस लेने के लिए मेरी देखभाल में शामिल मेरे स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं और अन्य लोगों के प्रत्यक्ष :

मैं किसी भी आवश्यक अंगों , ऊतकों , या भागों दे : \_\_\_\_\_

मैं निम्नलिखित अंगों , ऊतकों या भागों ही दे : \_\_\_\_\_

मैं अंगों , ऊतकों या भागों दान करने की इच्छा नहीं : \_\_\_\_\_

**3.1) Upon my death (mark applicable box):** I direct my health care providers and others involved in my care to provide, withhold, or withdraw treatment in accordance with the choice I have marked below:

I give any needed organs, tissues, or parts: \_\_\_\_\_

I give the following organs, tissues or parts only: \_\_\_\_\_

I do not wish to donate organs, tissues or parts: \_\_\_\_\_

### **भाग 4 - प्राथमिक चिकित्सक (वैकल्पिक) Part 4 — Primary Physician (Optional)**

(4.1) मैं अपनी प्राथमिक चिकित्सक के रूप में निम्नलिखित चिकित्सक को नामित :

फिजिशियन ( वैकल्पिक) का नाम: \_\_\_\_\_

पता: \_\_\_\_\_

टेलीफोन: \_\_\_\_\_

**(4.1) I designate the following physician as my primary physician:**

Name of Physician (optional): \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Telephone: \_\_\_\_\_

## **भाग 5 - हस्ताक्षर Part 5 — Signature**

(5.1) एक प्रति का असर : इस फार्म की एक प्रति मूल रूप में एक ही प्रभाव पड़ता है.

**(5.1) EFFECT OF A COPY:** A copy of this form has the same effect as the original.

(5.2) हस्ताक्षर: साइन नाम : \_\_\_\_\_ दिनांक: \_\_\_\_\_

**(5.2) SIGNATURE:** Sign name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

(5.3) गवाहों के बयान :

मैं व्यक्ति की पहचान को समझाने से मुझे करने के लिए साबित हो गया था कि हस्ताक्षर या इस अग्रिम स्वास्थ्य देखभाल निर्देश को स्वीकार किया है जो व्यक्ति मुझे व्यक्तिगत रूप से जाना जाता है कि कैलिफोर्निया के कानून ( 1 ) के तहत झूठी गवाही के दंड के अंतर्गत घोषित , या व्यक्ति पर हस्ताक्षर किए या व्यक्ति स्वस्थ मन का और कोई दबाव , धोखाधड़ी , या मैं के रूप में नियुक्त एक व्यक्ति नहीं हूँ कि अनुचित प्रभाव , ( 4 ) के अधीन हो गया लगता है कि मेरी उपस्थिति (3) में इस अग्रिम निर्देश स्वीकार किया कि सबूत (2) इस अग्रिम निर्देश द्वारा एजेंट , और (5) मैं व्यक्ति के स्वास्थ्य की देखभाल प्रदाता , व्यक्ति के स्वास्थ्य की देखभाल प्रदाता के एक कर्मचारी , एक समुदाय की देखभाल की सुविधा के ऑपरेटर , एक समुदाय की देखभाल की सुविधा के लिए एक ऑपरेटर के एक कर्मचारी , ऑपरेटर नहीं हूँ बुजुर्गों के लिए एक आवासीय देखभाल की सुविधा और न ही बुजुर्गों के लिए एक आवासीय देखभाल की सुविधा के लिए एक ऑपरेटर के एक कर्मचारी की .

**(5.3) STATEMENT OF WITNESSES:** I declare under penalty of perjury under the laws of California (1) that 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 (2) that the individual signed or acknowledged this advance directive in my presence (3) that the individual appears to be of sound mind and under no duress, fraud, or undue influence, (4) that I am not a person appointed as agent by this advance directive, and (5) that 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.

पहले गवाह

नाम प्रिंट : \_\_\_\_\_

पता: \_\_\_\_\_

गवाह का हस्ताक्षर : \_\_\_\_\_ तिथि : \_\_\_\_\_

### **FIRST WITNESS**

Print Name:

Address: \_\_\_\_\_

Signature of Witness: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

दूसरे गवाह

नाम प्रिंट : \_\_\_\_\_

पता: \_\_\_\_\_

गवाह का हस्ताक्षर : \_\_\_\_\_ दिनांक: \_\_\_\_\_

## SECOND WITNESS

Print Name:

Address: \_\_\_\_\_

Signature of Witness: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

## भाग 6: नोटरी पब्लिक की पावती का प्रमाण पत्र ( वैकल्पिक)

( दो गवाहों द्वारा हस्ताक्षरित यदि आवश्यक नहीं)

इस \_\_\_\_\_ दिन की , \_\_\_\_\_ , होना \_\_\_\_\_ , मेरे से पहले , अधोहस्ताक्षरी , एक नोटरी पब्लिक में और के लिए राज्य ने कहा , व्यक्तिगत रूप से मुझे व्यक्तिगत रूप से जाना जाता है, दिखाई दिया या संतोषजनक सबूत के आधार पर मुझे साबित करने के लिए कैलिफोर्निया , काउंटी के राज्य जिसका नाम व्यक्ति साधन भीतर की सदस्यता ली , और वह / वह इसे मार डाला कि मेरे लिए स्वीकार किया है .

Signature \_\_\_\_\_ Seal \_\_\_\_\_

इस अग्रिम निर्देश फार्म पूरा करता है.

## **Part 6: Certificate of Acknowledgement of Notary Public (Optional)**

**(Not required if signed by two witnesses)**

State of California, County of \_\_\_\_\_ On this \_\_\_\_\_ day of, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, before me, the undersigned, a Notary Public in and for said State, personally appeared \_\_\_\_\_, personally known to me or proved to me on the basis of satisfactory evidence to be the person whose name is subscribed to the within instrument, and acknowledged to me that he/she executed it.

**Signature** \_\_\_\_\_  
**Seal** \_\_\_\_\_

**This completes the advance directive form.**