



HEALTH CARE POWER OF ATTORNEY

म, _____

जन्ममिति: _____

नियुक्ति: _____
एजेन्टको नाम (मैले नसकेमा मेरो लागि स्वास्थ्य हेरचाहसम्बन्धी निर्णय लिन सक्ने व्यक्ति)

ठेगाना _____

फोन नम्बरहरू _____

इमेल _____

म आफ्नै निर्णयहरू लिन नसकेमा मेरो लागि स्वास्थ्य र व्यक्तिगत हेरचाहको निर्णयहरू लिन मेरो स्वास्थ्य सेवा एजेन्टको रूपमा । उपरोक्त व्यक्तिले कुनै पनि कारणले गर्दा मेरो एजेन्टको रूपमा सेवा दिन नसकेकोमा, म मेरो एजेन्टको रूपमा सेवा दिनका लागि एक विकल्प राख्छु:

वैकल्पिक एजेन्टको नाम _____

ठेगाना _____

फोन नम्बरहरू _____

इमेल _____

यो स्वास्थ्य हेरचाह पावर अफ एटर्नी मेरो अक्षमतामा प्रभावकारी हुने छ । म मेरो एजेन्टलाई निम्नलिखित अधिकारहरू दिन्छु:

- कुनै पनि चिकित्सा, नर्सिङ आवासीय वा उही स्थानबाट मेरो हेरचाहका सम्झौताहरू प्रवेश गर्नका लागि मेरो भर्ना वा डिस्चार्ज गर्ने अधिकार दिन।
- कुनै पनि र सबै प्रकारका चिकित्सा र सर्जिकल प्रक्रियाहरू, हेरचाह वा उपचारहरूसहितको सहमतिलाई अनुमति दिन, अस्वीकार गर्न वा फिर्ता लिन तर कृत्रिम वा आक्रामक तरिकाले सञ्चालित इन्ट्युबेशन, पुनरुत्थान र पोषण वा हाइड्रेशनमा मात्र सीमित छैन ।

मैले मेरा एजेन्टसँग स्वास्थ्य सेवाको सम्बन्धमा आफ्नो इच्छाहरू छलफल गरेको छु, जसले मेरा निर्देशनहरू थाहा भएको हदैसम्म पालन गर्ने छ । मेरो एजेन्टले म के चाहन्छु भनेर निर्धारण गर्न नसकेमा त्यसपछि मेरो एजेन्टले मेरो सर्वोत्तम हितमा के मान्छ भन्ने कुराको आधारमा निर्णय लिने छ । म स्वास्थ्य सेवाका लागि कुनै पनि पहिलेका पावर अफ एटर्नी खारेज गर्दछु ।

तलका मेरो हस्ताक्षरको मतलब म यो कागजात बुझ्छु र कानुनी रूपमा बाध्यकारी बन्न चाहन्छु भन्ने हो ।

हस्ताक्षर _____ तारीख/समय _____

साक्षीको हस्ताक्षर _____ तारीख/समय _____

साक्षीको हस्ताक्षर _____ तारीख/समय _____





Penn State Health मा, हामी मानिसहरूलाई आफ्नो चिकित्साको सम्बन्धमा निर्णय लिने अधिकारको महत्व दिन्छौं। जुनसुकै उमेरमा, एक अप्रत्याशित चिकित्सा स्थितिले मानिसहरूलाई आफ्नै स्वास्थ्य सेवासम्बन्धी निर्णयहरू लिन नसक्ने बनाउन सक्छ। योजनाले मानिसहरूलाई उनीहरूले चाहेको हेरविचार पाउन सुनिश्चित गर्न मदत गर्दछ। तपाईंका लागि स्वास्थ्य सेवासम्बन्धी निर्णयहरू लिन कुनै पनि व्यक्तिको छनोट गर्नु, जसलाई स्वास्थ्य सेवा एजेन्ट भनिन्छ, जो यस प्रक्रियामा एक महत्त्वपूर्ण चरण छ।

हेल्थ केयर पावर अफ एटर्नी (Health Care Power of Attorney, HCPOA) भनेको के हो ?

- HCPOA एउटा कागजात हो जसले तपाईंले नसक्नुहुँदा तपाईंले स्वास्थ्य सेवा चिकित्सकहरूलाई चिकित्सा हेरचाहका लागि आफ्नो निर्णयहरूको बारेमा बताउन विश्वास गर्नुहुने एक वा बढी व्यक्तिहरू पहिचान गर्दछ।
- HCPOA प्रायः अन्य कागजातहरूको एक अंश हो जसलाई एडभान्स डाइरेक्टिभ्स (Advanced Directives) वा लिभिग विल्स (Living Wills) भनिन्छ।

कसलाई मैले आफ्नो स्वास्थ्य सेवा एजेन्टको रूपमा नियुक्त गर्ने ?

तपाईंको हेल्थ केयर एजेन्ट भनेको तपाईंले आफ्नो स्वास्थ्य हेरचाहको निर्णयहरू आफैले लिन नसक्ने स्थितिमा हुनुहुँदा तपाईंले ती निर्णय लिन राख्नु भएको व्यक्ति हो।

- तपाईंको स्वास्थ्य सेवा एजेन्ट तपाईंले गम्भीर निर्णय लिन विश्वास गर्नुहुने एक परिवारको सदस्य वा एक नजिकको साथी हुन सक्छ। यो व्यक्तिले तपाईंको इच्छालाई स्पष्ट रूपमा बुझ्नु पर्छ र तपाईंको स्वास्थ्य हेरचाहसम्बन्धी निर्णयहरू लिने जिम्मेवारी स्वीकार गर्नका लागि सहमत हुनु पर्छ। तपाईंको HCPOA लाई उनीहरूको भूमिकाको बारेमा जानकारी दिन महत्त्वपूर्ण छ।
- तपाईंको अर्को व्यक्तिलाई तपाईंको वैकल्पिक स्वास्थ्य सेवा एजेन्टका रूपमा राख्ने विकल्प छ। तपाईंले नाम लिनु भएको पहिलो व्यक्ति असमर्थ, अनिच्छुक वा अनुपलब्ध छ भने वैकल्पिकले कदम चालिने छ।
- तपाईं आफ्नो हेरचाहमा संलग्न हुने एक स्वास्थ्य सेवा प्रदायक नियुक्त गर्न सक्नुहुँदैन।
- तपाईंले आफ्नो स्वास्थ्य सेवा प्रदायकको कर्मचारीलाई तपाईंको स्वास्थ्य हेरचाह सेवा गर्ने आफ्नो आफन्त नहुन्जेल राख्न सक्नुहुँदैन।

मैले फाराममा हस्ताक्षर गर्न शारीरिक रूपमा नसकेमा के हुन्छ ?

- हस्ताक्षर गर्न सक्नुहुँदैन भने तपाईं विशेष रूपमा कुनै अन्य व्यक्तिलाई आफ्नो तर्फबाट हस्ताक्षर गर्न तथा तारीख दिन सक्नुहुन्छ।

को हेल्थ केयर पावर अफ एटर्नी (Health Care Power of Attorney) कागजातको साक्षी हुन सक्छ ?

यो कागजात 18 वर्ष वा सोभन्दा माथिका 2 जना वयस्कहरू, विशेष रूपमा तपाईंको परिवारका सदस्य वा कुनै साथीहरू साक्षी हुनु पर्छ।

- साक्षी तपाईं, तपाईंको हेल्थ केयर एजेन्ट, तपाईंको तर्फबाट कागजातमा हस्ताक्षर गर्ने व्यक्ति (तपाईं शारीरिक रूपमा हस्ताक्षर गर्न सक्नुहुँदैन भने) वा तपाईंको हेरचाहमा संलग्न स्वास्थ्य सेवा प्रदायक बन्न सक्नुहुँदैन।

हेल्थ केयर पावर अफ एटर्नी (Health Care Power of Attorney) कहिलेदेखि कार्यान्वयन हुन्छ ?

- दुईजना साक्षीको उपस्थितिमा हस्ताक्षर र तारीख तोकेपछि तपाईं आफ्नो चिकित्सा निर्णयहरू लिन नसक्नुहुँदा मात्र HCPOA प्रभावकारी हुन्छ।

मसँग पहिले नै अग्रिम निर्देशन छ भने के हुन्छ ?

- तपाईं आफ्नो हेल्थ केयर एजेन्टलाई आफ्नो भएको कागजातमा नाम दिइएकोभन्दा फरक व्यक्तित्मा बदल्न चाहनुहुन्छ भने तपाईंले यो फारम मात्र भर्नु पर्छ।
- यस फारमले कुनै पनि पहिलेका हेल्थ केयर पावर अफ एटर्नी (Health Care Power of Attorney) कागजात बदल्ने छ।
- तपाईंले पहिले लिभिग विल (Living Will) पूरा गर्नुभएमा, लिभिग विल (Living Will) सक्रिय रहने छ। HCPOA लाई लिभिग विल (Living Will) को अंशको रूपमा तोकिएको थियो भने यो फारमले त्यो अंशलाई मात्र बदल्ने छ।

मेरो फाराममा हस्ताक्षर गरिएको र साक्षी भएको छ। अब म के गरूँ ?

- मुख्य कागजातलाई सुरक्षित तर सुलभ ठाउँमा राख्नुहोस्।
- तपाईंको चिकित्सा टीमलाई तपाईंले सेवा लिनुहुने क्लिनिक तथा अस्पतालहरूमा एक प्रति दिनुहोस्।
- तपाईंको हेल्थ केयर एजेन्ट र वैकल्पिक हेल्थ केयर एजेन्ट, परिवार र तपाईंको स्वास्थ्य हेरचाहमा संलग्न हुन सक्ने जो कोही व्यक्तिलाई प्रतिहरू दिनुहोस्।
- तपाईं आफ्नो प्राथमिकताहरू विस्तृत रूपमा व्यक्त गर्न चाहनुहुन्छ भने आफ्नो स्वास्थ्य हेरचाह टीमसँग कुरा गर्नुहोस् वा आफ्नो कानुनी विकल्पहरूका लागि वकिलसँग परामर्श लिनुहोस्।

म आफ्नो हेल्थ केयर पावर अफ एटर्नी (Health Care Power of Attorney) कागजात बदल्न चाहन्छु भने के हुन्छ ?

- यो कागजातलाई रद्द वा बदल्न सकिन्छ।
- कागजात बदल्न चाहनुहुन्छ भने तपाईंले एउटा नयाँ पूरा गर्नु पर्छ र तारीख सँगै असलीमा रद्द गर्नुहोस् लेख्नु पर्छ।
- बदलेपछि वा नयाँ कागजात बनाएपछि, असली प्रति भएका जो कोहीलाई पनि नयाँ कागजात दिनुहोस्।
- तपाईं आफ्नो विकल्पहरू छलफल गर्न एक वकीलको सल्लाह लिन सक्नुहुन्छ।

चिकित्सकहरू: थप जानकारीको लागि कृपया Penn State Health नीतिहरू (अग्रिम निर्देशनहरूका मार्गनिर्देशनसहित) देख्नुहोस्।