

Քայլ 1` Ընտրե՛ք Ձեր առողջական խնամքի ներկայացուցչին`

Անվանե՛ք որևէ մեկին ում Դուք վստահում եք Ձեր անունից առողջական խնամքի ընտրություն կատարելու համար, եթե Դուք ի վիճակի չլիներեք կայացնելու Ձեր սեփական որոշումը: Մտածեք Ձեր կյանքում առկա անձանց մասին` Ձեր ընտանիքը, ընկերները: Ընտրե՛ք Ձեր առողջական խնամքի ներկայացուցչին: Հարցրե՛ք այդ անձին, եթե նա ցանկանում է անել դա Ձեզ համար:

Ընտրե՛ք ըտանիքի անդամի կամ ընկերոջ, որը`

- 18 տարեկան է կամ ավելի բարձր և Ձեզ լավ է ճանաչում
- Ցանկանում է անել դա Ձեզ համար
- Ունակ է կայացնելու բարդ որոշումներ Ձեր ցանկությունների հիման վրա
- Արդյունավետորեն հաղորդի սույն փաթեթի Ձեր կողմից տրամադրված տեղեկատվությունը առողջական խնամք տրամադրողներին և Ձեր ընտանիքին

Ձեր առողջական խնամքի ներկայացուցիչը կարող է`

- Որոշել որտեղ Դուք կստանաք խնամք
- Ընտրել կամ հեռացնել խնամք տրամադրողին
- Ասել այո/ոչ դեղորայքին, զննություններին, բուժումներին
- Ասել, թե ինչ կլինի Ձեր մարմնի և օրգանների հետ Ձեր մահից հետո
- Ձեռնարկել իրավական գործողություններ Ձեր ցանկությունները իրականացնելու համար

Ձեր ներկայացուցիչը չի կարող լինել Ձեր բժիշկը կամ որևէ մեկը, ով աշխատում է հիվանդանոցում կամ բուժարանում, որտեղ Դուք բուժում եք ստանում, բացառությամբ այն դեպքի եթե նա Ձեր ընտանիքի անդամն է :

Անվանե՛ք Ձեր առողջական խնամքի ներկայացուցչին`

1) Ես ցանկանում եմ, որ այս անձը կայացնի իմ բժշկական որոշումները, եթե ես չկարողանամ դա ինքնուրույն անել`

Անուն	Ազգանուն	Կապ
Տան/բջջ. հեռախոսահամար	Աշխ. հեռախոսահամար	Էլ.հասցե
Հասցե	Քաղաք	Նահանգ
		Զիփ կոդ

Եթե առաջին անձը չկարողանա ընդունել իմ բժշկական որոշումները, ապա ես ցանկանում եմ, որ այս անձը դա անի`

Անուն	Ազգանուն	Կապ
Տան/բջջ. հեռախոսահամար	Աշխ. հեռախոսահամար	Էլ.հասցե
Հասցե	Քաղաք	Նահանգ
		Զիփ կոդ

2) Նշե՛ք X այն նախադասության դիմաց, որին համաձայն եք`

___ Իմ խնամքի ներկայացուցիչը իմ անունից որոշում կկայացնի միայն այն բանից հետո, երբ ես ի վիճակի չեմ լինի ինքնուրույն որոշումներ կայացնել: .

ԿԱՍ

___ Իմ խնամքի ներկայացուցիչը կարող է իմ անունից որոշում կայացնել այս պահին երբ ստորագրեմ այս ձևաթուղթը:

Մույն նախնական կարգադրագիրը պատկանում է` (տպե՛ք Ձեր անունը այս տողում)		Ծննդյան տարեթիվ`
<small>Մույն նախնական կարգադրագիրը և առողջական խնամքի ներկայացուցչի նշանակումը համապատասխանում է Կալիֆորնիայի Առողջական Խնամքի Միասնական Որոշումների մասին օրենքի 1-ին և 2-րդ Գլուխներին: Օրենք (Կալիֆորնիայի Կտակների մասին Օրենսգրքի հոդվածներ 4670-ից 4701).</small>		ԷՋ 1

Քայլ 2՝ Կատարե՛ք Ձեր առողջական խնամքի ընտրությունը

Ի՞նչն է դարձնում Ձեր կյանքը ապրելուն արժանի:

1) Իմ կյանքը (ընտրել A կամ B)՝

- A) Միշտ արժեվորվում եմ, անկախ այն բանից, թե որքան հիվանդ եմ ես
- B) Արժևորվում եմ միայն եթե (նշե՛ք Ձեզ համար ճշմարիտ բոլոր տարբերակները)՝
- Ես կարող եմ խոսել իմ ընտանիքի և ընկերների հետ
- Ես կարող եմ արթնանալ թմբիրից (կոմայից)
- Ես կարող եմ սնվել, լոգանք ընդունել և հոգալ իմ կարիքները
- Ես ցավեր չունենամ
- Ես կարողանամ ապրել առանց սարքավորումներին միացված լինելու
- Ես համոզված չեմ

2) Եթե ես մահանում եմ, ինձ համար կարևոր է, որպեսզի ես լինեմ (ընտրել մեկը)՝

- Տանը
- Հիվանդանոցում կամ այլ կենտրոնում
- Ինձ համար կարևոր չէ, թե որտեղ եմ ինձ համար հոգ տանում

Կրոն կամ հոգևոր հավատք

1) Արդյո՞ք կրոնը կամ հոգևորականությունը կարևոր են Ձեզ համար:

Այո Ոչ

2) Արդյո՞ք Դուք ունեք որևէ կրոնական կամ հավատքի հետ կապված ավանդույթ: Եթե այդպես է, ի՞նչ է դա:

3) Ի՞նչ պետք է Ձեր բժիշկները իմանան Ձեր կրոնական կամ հոգևոր հավատքների մասին:

Մույն նախնական կարգադրագիրը պատկանում է՝ (տպե՛ք Ձեր անունը այս տողում) Մենոյան տարեթիվ՝

Մույն նախնական կարգադրագիրը և առողջական խնամքի ներկայացուցչի նշանակումը համապատասխանում է Կալիֆորնիայի Առողջական Խնամքի Միասնական Օրոշումների մասին օրենքի 1-ին և 2-րդ Գլուխներին: Օրենք (Կալիֆորնիայի Կտակների մասին Օրենսգրքի հոդվածներ 4670-ից 4701). ԷՋ 2

Քայլ 2՝ Կատարե՛ք Ձեր առողջական խնամքի ընտրությունը, շարունակություն:

Կենսաապահովում

Կենսաապահովման միջոցառումները կարող են օգտագործվել Ձեզ կենդանի պահելու փորձ կատարելու համար: Դրանք ներառում են՝

CPR կամ սիրտ-թոքային վերակենդանացում. Այդ թվում են՝

- Ձեր կրծքավանդակին ամուր հպելը, որպեսզի կատարվի արյան մատակարարումը
- Էլեկտրական շոկ արտին զարկ տալու համար
- Դեղորայքի ներերակային ներարկում



Շնչառական սարք կամ թոքերի օդափոխման համակարգ. Այս սարքը մղում է օդը դեպի Ձեր թոքեր և շնչում է Ձեզ համար՝ Ձեր կոկորդում տեղադրված խողովակի միջոցով: Դուք ի վիճակի չեք խոսել կամ ուտել, երբ Դուք միացված եք սարքին:



Դիալիզ. Տվյալ սարքը մաքրում է Ձեր արյունը, եթե Ձեր երիկամը դադարում է աշխատել:

Մնուցման խողովակ. Այս խողովակը սննունդ է մատակարարում Ձեր մարմնին, այն դեպքում երբ Դուք չեք կարողանում կուլ տալ: Խողովակը տեղադրվում է Ձեր կոկորդով և հասնում մինչև ստամոքս: Այն կարող է տեղադրվել նաև վիրահատական եղանակով:



Արյան փոխներարկում. Դրա միջոցով արյուն է մատակարարվում Ձեր երակներ:

Վիրահատություն և/կամ դեղամիջոցներ՝

Նշե՛ք X մեկ հաստատման դիմաց, որի հետ ամենաշատն եք համաձայն:

Եթե ես այնքան հիվանդ եմ, որ կարող եմ շուտով մահանալ՝

- ___ Փորձե՛ք բոլոր կենսաապահովող բուժումները, որոնք իմ բժիշկների կարծիքով կարող են օգնել: Եթե բուժումները չօգնեն և ապաքինվելու շատ քիչ հույսեր կան, ես ցանկանում եմ մնալ կենսաապահովման սարքերին միացված, անզամ եթե ես տարապում եմ:
- ___ Փորձե՛ք բոլոր կենսաապահովող բուժումները, որոնք իմ բժիշկների կարծիքով կարող են օգնել: Եթե բուժումները չեն օգնում և ապաքինվելու շատ քիչ հույսեր կան, ես չեմ ցանկանում մնալ կենսաապահովման սարքերին միացված: Եթե ես տառապում եմ, ապա ցանկանում եմ, որպեսզի կենսաապահովող բուժումները դադարեցվեն, որպեսզի ես հանգիստ մահանամ:
- ___ Ես չեմ ցանկանում կենսաապահովող բուժումները: Ես ցանկանում եմ կենտրոնանալ իմ հարմարավետության վրա: Ես նախընտրում եմ բնական մահը:
- ___ Ցանկանում եմ, որպեսզի իմ առողջական խնամքի ներկայացուցիչը որոշի
- ___ Ես համոզված չեմ, թե ինչ կցանկանամ, որ կատարվի:

Մույն նախնական կարգադրագիրը պատկանում է՝ (տպե՛ք Ձեր անունը այս տողում)		Ծննդյան տարեթիվ՝
<small>Մույն նախնական կարգադրագիրը և առողջական խնամքի ներկայացուցչի նշանակումը համապատասխանում է Կալիֆորնիայի Առողջական Խնամքի Միասնական Որոշումների մասին օրենքի 1-ին և 2-րդ Գլուխներին: Օրենք (Կալիֆորնիայի Կտակների մասին Օրենսգրքի հոդվածներ 4670-ից 4701).</small>		
		ԷՋ 3

Քայլ 2՝ Կատարե՛ք Ձեր առողջական խնամքի ընտրությունը, շարունակություն:

Ձեր օրգանների նվիրատրումը՝

Ձեր բժիշկը կարող է հարցնել օրգանների նվիրատվության և դիախերձման մասին Ձեր մահից հետո: Ձեր օրգանների նվիրատրումը կարող է օգնել կյանքեր փրկել: Նշե՛ք **X** մեկ ընտրության դիմաց, որի հետ ամենաշատն եք համաձայն:

___ Ես **ցանկանում եմ** նվիրատրել իմ օրգանները՝

___ Ցանկացած օրգան, որը կարող է օգտակար լինել:

___ Միայն որոշակի օրգաններ (խնդրում ենք նշել, թե ինչ օրգաններ կամ հյուսվածքներ եք Դուք ցանկանում նվիրատրել):

___ Ես **չեմ ցանկանում** նվիրատրել իմ օրգանները:

___ Ես ցանկանում եմ, որպեսզի իմ առողջական **խնամքի ներկայացուցիչը** որոշի:

___ Ես համոզված չեմ, թե ինչ կցանկանամ, որ կատարվի:

Դիախերձում՝

Դիախերձումը կարող է կատարվել մահից հետո, բացահայտելու մահվան պատճառները: Դա վիրահատական գործընթաց է: Դա կարող է տևել մի քանի օր: Որոշ դեպքերում, դիախերձումը կարող է պահանջվել օրենքով: Նշե՛ք **X** մեկ ընտրության դիմաց, որի հետ ամենաշատն եք համաձայն:

___ Ես **ցանկանում եմ** դիախերձում

___ Ես **չեմ ցանկանում** դիախերձում

___ Ես ցանկանում եմ դիախերձում, **միայն եթե** իմ մահվան հետ կապված **հարցեր կան**.

___ Ես ցանկանում եմ, որպեսզի իմ առողջական **խնամքի ներկայացուցիչը** որոշի:

___ Ես համոզված չեմ, թե ինչ կցանկանամ, որ կատարվի:

Մույն նախնական կարգադրագիրը պատկանում է՝ (տպե՛ք Ձեր անունը այս տողում) **Ծննդյան տարեթիվ՝**

Մույն նախնական կարգադրագիրը և առողջական խնամքի ներկայացուցչի նշանակումը համապատասխանում է Կալիֆորնիայի Առողջական Խնամքի Միասնական Որոշումների մասին օրենքի 1-ին և 2-րդ Գլուխներին: Օրենք (Կալիֆորնիայի Կտակների մասին Օրենսգրքի հոդվածներ 4670-ից 4701). **Էջ 4**

Քայլ 2՝ Կատարե՛ք Ձեր առողջական խնամքի ընտրությունը, շարունակություն:

Դիտարկման ենթակա այլ հարցեր

Ի՞նչ այլ ցանկություններ են կարևորվում Ձեզ համար Ձեր մահից հետո: Օրինակ, կան արդյո՞ք որևէ մշակութային, կրոնական կամ հոգևոր հարցեր, այն մասին թե ինչպես վարվել Ձեր մարմնի հետ, որոնց մասին պետք է իմանա Ձեր առողջական խնամքի թիմը:

Արդյո՞ք Դուք ունեք որևէ մեկին, ում հետ պետք է կապ հաստատվի թաղման և հուղարկավորության ցանկությունների համար: Եթե այո, ապա ո՞վ:

Քայլ 3՝ Նշեք Ձեր առողջական խնամքի ներկայացուցչի լիազորությունները:

Ձեր առողջական խնամքի ներկայացուցիչը կարող է օգնել որոշումներ կայացնել հետևյալի մասին՝

Կենսաապահովման բուժումները, բժշկական խնամքը կոգնեն երկարացնել Ձեր կյանքը՝

- CPR կամ սիրտ-թոքային վերակենդանացում
- Շնչող սարք կամ թոքերը օդափոխող համակարգ
- Դիալիզ
- Մնուցող խողովակ
- Արյան փոխներարկում
- Վիրահատություն
- Դեղամիջոցներ

Կյանքի վերջին տարիներին իրականացվող խնամք՝

Եթե Դուք կարող եք շուտով մահանալ, ապա առողջական խնամքի ներկայացուցիչը կարող է՝

- Կանչել հոգևոր առաջնորդի
- Որոշել, թե Դուք կմահանաք տանը թե հիվանդանոցում
- Որոշել, թե արդյո՞ք իրականացվելու է հերձույթ
- Որոշել, թե արդյո՞ք Ձեր օրգանները նվիրատրվելու են
- Որոշել, թե արդյո՞ք Դուք հուղարկավորվելու եք, թե դիակիզվելու

Ինչպե՞ս եք Դուք ցանկանում, որ Ձեր առողջական խնամքի ներկայացուցիչը հետևի Ձեր բժշկական ցանկություններին:

Նշե՛ք X այն նախադասության դիմաց, որին Դուք ամենաշատն եք համաձայն

___ **Ամբողջությամբ ճկուն՝** Նորմալ է, որպեսզի իմ խնամքի ներկայացուցիչը փոխի իմ **ոքու** բժշկական որոշումը, եթե իմ բժիշկների հետ խոսելուց հետո, նա համարի, որ դա լավագույնն է ինձ համար այդ պահին:

___ **Որոշակիորեն ճկուն՝** Նորմալ է, որպեսզի իմ խնամքի ներկայացուցիչը փոխի իմ **ոքո** բժշկական որոշումը, եթե իմ բժիշկների հետ խոսելուց հետո, նա համարի, որ դա լավագույնն է ինձ համար այդ պահին:

___ **Նվազագույնս ճկուն՝** Ես ցանկանում եմ, որպեսզի իմ խնամքի ներկայացուցիչը հետևի իմ բժշկական որոշումներին որևէ հնարավորն է անփոփոխ: Խնդրում եմ հարգե՛ք իմ որոշումները, եթե անգամ բժիշկները այլ բան են խորհուրդ տալիս:

Անհրաժեշտության դեպքում, օգտագործե՛ք լրացուցիչ էջեր՝ ստորև հարցերին պատասխանելու համար:

Ստորև իմ որոշ ցանկություններն են, որոնք ես ցանկանում եմ, որպեսզի հարգվեն՝

Գրի առե՛ք ցանկացած որոշում, որ Դուք **չեք** ցանկանա, որ Ձեր խնամքի ներկայացուցիչը կայացնի՝

Մույն նախնական կարգադրագիրը պատկանում է՝ (տպե՛ք Ձեր անունը այս տողում) Մենդյան տարեթիվ՝

Մույն նախնական կարգադրագիրը և առողջական խնամքի ներկայացուցչի նշանակումը համապատասխանում է Կալիֆորնիայի Առողջական Խնամքի Միասնական Որոշումների մասին օրենքի 1-ին և 2-րդ Գլուխներին: Օրենք (Կալիֆորնիայի Կտակների մասին Օրենսգրքի հոդվածներ 4670-ից 4701). է.Ձ. 6

Քայլ 4՝ Ստորագրե՛ք ձևաթուղթը

Ձեր ստորագրությունը

Նախքան այս ձևաթուղթը կարող է կիրառվել, Դուք պետք է՝

- Ստորագրե՛ք այս ձևաթուղթը, եթե Դուք առնվազն 18 տարեկան եք
- Ունեք երկու վկա, որոնք ստորագրել են ձևաթուղթը **կամ** հավաստել եք այն հանրային նոտարի կողմից

Ստորագրե՛ք Ձեր անունը և գրե՛ք ամսաթիվը:

Ստորագրություն	Ամսաթիվ		
Տպատառ անունը			
Հասցե	Քաղաք	Նահանգ	Զիփ կոդ

Վկաներ՝

Նախքան այս ձևաթուղթը հնարավոր լինի կիրառել, Դուք պետք է ունենաք երկու վկա, որոնք ստորագրել են ձևաթուղթը **կամ** հավաստել եք այն հանրային նոտարի կողմից

Ձեր վկաները պետք է՝

- Լինեն առնվազն 18 տարեկան
- Ճանաչեն Ձեզ
- Ընդունեն, որ Դուք ստորագրել եք այդ ձևաթուղթը

Ձեր վկան չի կարող՝

- Լինել այն անձը ում Դուք նշանակել եք որպես Ձեր առողջական խնամքի ներկայացուցիչ
- Լինել Ձեր բժիշկը, կամ այլ առողջական խնամք տրամադրող
- Աշխատել Ձեր բժշկական կենտրոնի կամ առողջական խնամք տրամադրողի համար
- Աշխատել այն վայրում, որտեղ Դուք ապրում եք

րԻ լրումն, առնվազն մեկ վկա պետք է՝

- Չունենա Ձեր հետ ոռևէ հարաբերակցական կապ
- Ձեր մահից հետո՝ չունենա ֆինանսական շահ, չլինի որևէ գումար կամ սեփականություն ստանալու իրավունակ
- Չհանդիսանա օմբուդսմեն (շահերի պաշտպան) կամ որևէ հիվանդի իրավապաշտպան, եթե Դուք ապրում եք հատուկ խնամք իրականացնող հաստատությունում (տե՛ս էջ 9)

Եթե Դուք չունեք երկու վկա, ապա հանրային նոտարը կարող է ստորագրել 9-րդ էջին

Քայլ 4՝ Ստորագրե՛ք ձևաթուղթը, շարունակություն

Վկաների ստորագրություն

Ապահովե՛ք, որպեսզի Ձեր վկան լրացնի այս էջը՝

Ստորագրելով, ես խոստանում եմ, որ _____ ընդունում է որ նա ստորագրել է սույն ձևաթուղթը. Նախնական կարգադրագրի տիրոջ անունը

Ես համոզված եմ, որ նա ունի պայծառ բանականություն և որևէ ուժ չի գործադրվել նրա հանդեպ սույն ձևաթուղթը ստորագրելու համար:

Ես նույնպես խոսք եմ տալիս, որ՝

- Ես ճանաչում եմ այս անձին, և նա կարող է ապացուցել, թե ով է նա
- Ես առնվազն 18 տարեկան եմ
- Ես չեմ հանդիսանում նրա առողջական խնամքի ներկայացուցիչը
- Ես չեմ հանդիսանում նրա առողջական խնամքի տրամադրող
- Ես չեմ աշխատում նրա առողջական խնամքի տրամադրողի մոտ
- Ես չեմ աշխատում այնտեղ, որտեղ նա ապրում է

Վկա #1 (ստորագրող տղան) պետք է նաև խոսք տա, որ՝

- Ես որևէ հարաբերակցական կապ չունեմ նրա հետ
- Ես չունեմ որևէ ֆինանսական շահ, չեմ հանդիսանում որևէ գումարի կամ սեփականության իրավունակ նրա մահից հետո

Witness #1

Ստորագրություն

Ամսաթիվ

Տպատառ անունը

Հասցե

Քաղաք

Նահանգ

Զիփ կոդ

Witness #2

Ստորագրություն

Ամսաթիվ

Տպատառ անունը

Հասցե

Քաղաք

Նահանգ

Զիփ կոդ

Սույն նախնական կարգադրագիրը պատկանում է՝ (տպե՛ք Ձեր անունը այս տողում) Ծննդյան տարեթիվ՝

Սույն նախնական կարգադրագիրը և առողջական խնամքի ներկայացուցչի նշանակումը համապատասխանում է Կալիֆորնիայի Առողջական Խնամքի Միասնական Որոշումների մասին օրենքի 1-ին և 2-րդ Գլուխներին: Օրենք (Կալիֆորնիայի Կտակների մասին Օրենսգրքի հոդվածներ 4670-ից 4701). Էջ 8

-ՄԻԱՅՆ ՊԱՇՏՈՆԱԿԱՆ ՕԳՏԱԳՈՐԾՄԱՆ ՀԱՄԱՐ-

Քայլ 4՝ Ստորագրե՛ք ձևաթուղթը, հանրային նոտարի ստորագրությունը անհրաժեշտ է, եթե՝

Ներկայացրե՛ք սույն ձևաթուղթը հանրային նոտարին ՄԻԱՅՆ եթե, այն չի ստորագրվել երկու վկայի կողմից Հանրային նոտարը կպահանջի, որպեսզի Ձեզ հետ ունենաք լուսանկարով անձը հաստատող փաստաթուղթ, ինչպես օրինակ վարորդական իրավունք կամ անձնագիր:

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, _____
Date Name and title of officer

personally appeared _____,
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

(Notary Seal)

Միայն Կալիֆորնիայի որակավորված խնամքի հաստատության բնակիչներին
Փոխանցե՛ք սույն ձևաթուղթը ՄԻԱՅՆ Ձեր խնամքի հաստատության տնօրենին, եթե Դուք ապրում եկ խնամքի հաստատությունում: Կալիֆորնիայի օրենքը պահանջում է, որպեսզի խնամքի տան բնակիչները ունենան շահերի պաշտպան, որպես նախնական կարգադրագրի վկա:
ՀԻՎԱՆԴԻ ԻՐԱՎԱՊԱՇՏՊԱՆԻ ԿԱՄ ՕԲՈՒԴՄՄԵՆԻ ՀԱՅՏԱՐԱՐՈՒԹՅՈՒՆ
«Ես հայտարարում եմ, երդմնազանցույցյան պատժի ներքո, Կալիֆորնիայի օրենքի համաձայն, որ ես հանդիսանում եմ հիվանդի դատապաշտպան կամ օմբուդսմեն, ինչպես սահմանված է Տարեցների Պետական Դեպարտամենտի կողմից, և որ ես ծառայում եմ որպես վկա՝ Կտակների մասին օրենքի 4675 հոդվածի պահանջով:»
Ստորագրություն Ամսաթիվ
Տպատառ անունը
Հասցե Քաղաք Նահանգ Զիվ կոդ

Քայլ 5՝ Ներկայացրեք Ձեր լրացված նախնական կարգադրագրի կրկնօրինակը

Այն պահին երբ Դուք ստորագրում եք Ձեր նախնական կարգադրագիրը և այն հաստատվում է վկաների և/կամ նոտարի կողմից, պահե՛ք բնօրինակը և պատճենահանե՛ք 1-9 էջերը և ուղարկե՛ք Ձեր՝

- Խնամքի ներկայացուցչին
- Ընկերներին
- Հիվանդանոցին
- Ընտանիքին
- Բժշկ. Հաստ.

Ձեր լրացված նախնական կարգադրագիրը վերադարձնելու տարբերակներ՝

1. Վերադարձրե՛ք **ԿՐԿՆՕՐԻՆԱԿԸ** Ձեր նախընտրած Providence St. Joseph Health բժիշկին կամ հիվանդանոց Ձեր հաճուրդ այցին:
2. Վերադարձրե՛ք **ԿՐԿՆՕՐԻՆԱԿԸ** ինքնահաստատված դրոշմված ծրարով (եթե առկա է):
3. Վերադարձրե՛ք ֆաքսով կամ էլ. փստով (եթե հասանելի է) Ձեր Providence St. Joseph Health հիվանդանոց:

Mission Hospital, Laguna Beach
 Mission Hospital, Mission Viejo
 St. Joseph Hospital Orange
 St. Jude Medical Center
 St. Mary Medical Center
 Petaluma Valley Hospital
 Queen of the Valley Medical Center
 Redwood Memorial Hospital
 Santa Rosa Memorial Hospital
 St. Joseph Hospital, Eureka
Ֆաքս՝ 714-771-8965

կամ

Էլ.փոստի հասցեով

SJMROI@stjoe.org

(Թեմա՝ Advance Directive)

Վերը ցանկում չներառված հիվանդանոցների համար, խնդրում ենք դիմել Ձեր հիվանդանոց ճիշտ ֆաքսի հեռախոսահամարի համար.

Providence Holy Cross Medical Center
 Providence Saint Joseph Medical Center (Burbank)
 Providence Saint John's Health Center
 Providence Little Company of Mary Medical Center Torrance
 Providence Little Company of Mary Medical Center San Pedro
Ֆաքս՝ 310-303-5469

Providence Tarzana Medical Center
Ֆաքս՝ 818-708-5368

Եթե Դուք որևէ հարց ունեք Ձեր նախնական կարգադրագիրը լրացնելու կամ վերադարձնելու վերաբերյալ, ապա խնդրում ենք դիմել մեզ՝

Providence.org/InstituteForHumanCaring
310-543-3498

Սույն աշխատանքի հատվածները լիցենզավորված են Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike License-ի կողմից. Լիազորության պատճեն տեսնելու համար, այցելե՛ք <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.0/> կայքը կամ նամակ ուղարկե՛ք Creative Commons, 559 Nathan Abbott Way, Stanford, California 94305, USA հասցեով՝

Վերանայված՝ 8/2017թ.

Հատուկ շնորհակալություն՝

- Rebecca Sudore, M.D., Division of Geriatrics, University of California, San Francisco
- Cedars-Sinai, Los Angeles, CA: