

ورجینیا کے پیشگی طبی رہنما اصول

میں، _____، اس صورت میں کہ میں کوئی باخبر فیصلہ کرنے کا نابل ہو جاؤں، جان بوجھ کر اور رضاکارانہ طور پر ذیل کے مطابق اپنی خواہشات کو آشکارا کرتا ہوں:

میں اس بات کو سمجھتا ہوں کہ میرے پیشگی رہنما اصول میں نگہداشت صحت کے سلسلے (advance directive) میں میری پسند کو متعین کرنے کے علاوہ کسی ایجنٹ کا انتخاب کرنا شامل ہو سکتا ہے۔ "نگہداشت صحت" کی اصطلاح کا مطلب ہے: انسانی بیماری، گزند یا جسمانی معذوری کو روکنے، کم کرنے، اس کا علاج کرنے یا اس کو مندمل کرنے، بشمول لیکن بلا تحدید؛ سرجری؛ انتقال خون؛ کیموتھیراپی؛ ریڈیو تھیراپی؛ ہسپتال، نرسنگ ہوم، اعانت یافتہ اقامتی سہولت میں نگہداشت صحت کی دیگر سہولت میں بھرتی ہونے؛ انتشار ذہنی یا دماغی صحت کا دیگر معالجہ؛ اور زندگی کا دورانیہ بڑھانے والے طریق کار اور عبوری نگہداشت کے مقصد کیلئے کسی فرد کو خدمات بہم پہنچانا۔

لفظ "باخبر فیصلہ کرنے کا نابل" کا مطلب ہے: مجوزہ نگہداشت صحت کے فیصلے کی نوعیت، حد اور امکانی عواقب کو سمجھنے پر قادر نہ ہونا؛ مجوزہ نگہداشت صحت کے فیصلے کے خطرات اور فوائد کا اس فیصلے کے متبادلات کے خطرات اور فوائد کے برخلاف عقلی تجزیہ کرنے پر قادر نہ ہونا؛ یا کسی اور طریقے سے اس طرح کی سمجھ بوجھ پر مواصلت کرنے پر قادر نہ ہونا۔

پیشگی رہنما اصول میری معذوری کی صورت میں کالعدم نہیں ہوگا۔

(آپ اس پیشگی رہنما اصول میں ذیل کے سیکشن I سے لے کر V تک میں سے کوئی بھی یا سبھی کو شامل کر سکتے ہیں۔)

سیکشن I: ایجنٹ کی تقرری

(اگر آپ اپنے لئے نگہداشت صحت کے فیصلے کرنے کے واسطے کوئی ایجنٹ مقرر نہیں کرنا چاہتے ہیں تو ذیل کے سیکشن اور سیکشن II کو قلمزد کر دیں۔)

میں معرفت بذا اپنی جانب سے نگہداشت صحت سے متعلق فیصلے لینے کیلئے اپنے بنیادی ایجنٹ کی حیثیت سے درج ذیل کو مقرر کرتا ہوں جیسا کہ اس دستاویز میں اجازت دی گئی ہے:

بنیادی ایجنٹ کا نام (Name of Primary Agent) ٹیلیفون (Telephone) فیکس اگر کوئی ہو (Fax if any)

پتہ (Address) ای میل اگر کوئی ہو (E-mail if any)

اگر مذکورہ بالا نام کا بنیادی ایجنٹ کسی معقول وجہ سے موجود نہیں ہے یا اہل نہیں ہے یا میرے ایجنٹ کی حیثیت سے کام کرنے کیلئے راضی نہیں ہے، تو پھر میں جانشین ایجنٹ کی حیثیت سے درج ذیل کو مقرر کرتا ہوں:

جانشین ایجنٹ کا نام (Name of Successor Agent) ٹیلیفون (Telephone) فیکس اگر کوئی ہو (Fax if any)

پتہ (Address) ای میل اگر کوئی ہو (E-mail if any)

میں معرفت بذا، جب بھی مجھے باخبر فیصلہ کرنے کا نابل قرار دیا جائے، اوپر نامزد اپنے ایجنٹ کو اپنی جانب سے نگہداشت صحت کے فیصلے کرنے کی پوری طاقت اور پورا اختیار دیتا ہوں جیسا کہ ذیل میں بیان کیا گیا ہے۔ میرے ایجنٹ کا اختیار اس وقت تک مؤثر ہے جب تک میں باخبر فیصلہ کرنے کا نابل ہوں۔

میری جانب سے نگہداشت صحت کے فیصلے کرنے کیلئے اختیار کو استعمال کرنے میں، میرا ایجنٹ میری پسند اور ترجیحات کی پیروی کرے گا جیسا کہ اس دستاویز میں بیان کیا گیا ہے یا جو بصورت دیگر میرے ایجنٹ کے علم میں آیا ہے۔ میرے ایجنٹ کو معالجہ اور عدم معالجہ کے ساتھ وابستہ خلیل انگیزی، درد، خطرات اور ضمنی اثرات کی بابت میری طبی تشخیص اور مریضانہ حالت سے اور میرے معالجوں کے ذریعہ فراہم کردہ کسی معلومات سے رہنمائی ملے گی۔ میرا/میری ایجنٹ میری اس نگہداشت صحت کے سلسلے میں کوئی فیصلہ نہیں کرے گا/گی جو اسے معلوم ہے، یا جو معقول کوشش سے معلوم کی جاسکتی ہے، جو میرے مذہبی اعتقادات یا میری بنیادی اقدار کے خلاف ہے، چاہے وہ زبانی طور پر بیان کئے ہوں یا تحریری شکل میں ہوں۔ اگر میرا ایجنٹ یہ فیصلہ نہیں کرپا رہا ہے کہ نگہداشت صحت سے متعلق کون سا اختیار میں خود اپنے لئے پسند کرتا تو، پھر میرے ایجنٹ کے یقین کے مطابق جو چیز میرے بہترین مفادات میں ہے اس کی بنیاد پر وہ میرے لئے انتخاب کرے گا۔

میرا ایجنٹ کلی طور پر اس اجازت دہندگی کی بنیاد پر، نگہداشت صحت کے ان اخراجات کا ذمہ دار نہیں ہوگا جس کی وہ اجازت دیتا یا دیتی ہے۔

سیکشن II: میرے ایجنٹ کے اختیارات

(اس سیکشن II میں مذکور کسی بھی ایسے اختیار کو قلمزد کر دیں جو آپ اپنے ایجنٹ کو نہیں دینا چاہتے اور ایسے اختیارات یا ہدایات کا اضافہ کریں جو آپ اپنے ایجنٹ کو دینا چاہتے ہیں۔)

میرے ایجنٹ کے اختیارات میں درج ذیل شامل ہوں گے:

A. نگہداشت صحت، معالجہ، جراحی طریقہ کار، تشخیصی طریقہ کار، دوا دینے اور میکانیکی یا دیگر ایسے طریق کار کو استعمال کرنے کی اجازت دینے، یا منع کرنے یا اجازت واپس

لینے کا جو کسی جسمانی عمل پر اثر انداز ہوتا ہے، بشمول، لیکن بلا تہدید، مصنوعی تنفس، مصنوعی طور پر دی گئی غذا کوئی آبدگی، اور قلبی ریوی بحالی ہوش و حواس۔ یہ اجازت دہندگی خاص طور پر درد میں افاقہ کیلئے کافی ہونے والی مقدار میں تجویز کردہ خوراک سے زائد درد میں افاقہ پہنچانے والی دوا کی خوراک دینے کو منظور کرنے کے اختیار پر مشتمل ہے، اگرچہ اس طرح کے علاج میں لت پڑنے یا غیر ارادی طور پر میری موت جلد ہوجانے کا خطرہ موجود ہوتا ہے۔

اس ضمنی سیکشن A کے تحت میرے ایجنٹ کا اختیار میری نگہداشت صحت کے سلسلے میں ذیل کے سیکشن IV میں جو مخصوص ہدایات دیتا ہوں اس کے ذریعہ محدود ہوگا اگر میں نزع کی کیفیت میں مبتلا ہوں۔

B. میری جسمانی یا دماغی صحت، بشمول لیکن بلا تہدید طبی اور ہسپتال کے ریکارڈوں کے سلسلے میں کوئی زبانی یا تحریری معلومات طلب کرنا، وصول کرنا اور اس کا جائزہ لینا اور اس معلومات کے افشاء کو منظور کرنا۔

C. میرے نگہداشت صحت کے فراہم کنندہ کی خدمات حاصل کرنا اور ترک کرنا۔

D. کسی ہسپتال، شفا خانے، نرسنگ ہوم، اعانت یافتہ اقامتی سہولت یا طبی نگہداشت کی دیگر سہولت میں میرے داخل ہونے یا وہاں سے میرے رخصت (بشمول دوسری سہولت میں منتقل) ہونے کی اجازت دینا۔ اگر میں نے دماغی بیماری کے علاج کیلئے نگہداشت صحت کی کسی سہولت میں بھرتی ہونے کی اجازت دی ہے تو اس اختیار کو ذیل کے ضمنی سیکشن E اور/یا F میں بیان کیا گیا ہے۔

E. زیادہ سے زیادہ 10 تقویمی دنوں تک دماغی بیماری کے علاج کیلئے نگہداشت صحت کی کسی سہولت میں میرے داخل ہونے کی اجازت دینا بشرطیکہ میں اس داخلے پر احتجاج نہ کروں اور اس شرط کے ساتھ کہ عملہ میں شامل یا داخل کرنے والی مجوزہ سہولت کا نامزد کردہ معالج میرا معائنہ کرتا ہے اور تحریری طور پر یہ بتاتا ہے کہ مجھے دماغی بیماری ہے، کہ میں اپنے داخلے کے بارے میں باخبر فیصلہ کرنے کا نا اہل ہوں، اور یہ کہ مجھے اس سہولت میں معالجہ درکار ہے؛ اور اس سہولت سے میرے رخصت (بشمول دوسری سہولت میں منتقل) ہونے کی اجازت دینا۔

F. زیادہ سے زیادہ 10 تقویمی دنوں تک دماغی بیماری کے علاج کیلئے نگہداشت صحت کی کسی سہولت میں میرے داخل ہونے کی اجازت دینا، اگرچہ میں احتجاج کروں، اگر عملہ میں شامل یا داخل کرنے والی مجوزہ سہولت کا نامزد کردہ معالج میرا معائنہ کرتا ہے اور تحریری طور پر یہ بتاتا ہے کہ مجھے دماغی بیماری ہے، کہ میں اپنے داخلے کے بارے میں باخبر فیصلہ کرنے کا نا اہل ہوں، اور یہ کہ مجھے اس سہولت میں معالجہ درکار ہے؛ اور اس سہولت سے میرے رخصت (بشمول دوسری سہولت میں منتقل) ہونے کی اجازت دینا۔

(اگر آپ اس ضمنی سیکشن F میں بیان کردہ اختیارات اپنے ایجنٹ کو دیتے ہیں تو آپ کے معالج کو درج ذیل تصدیق مکمل کرنا ضروری ہے۔)

معالج کی تصدیق: میں اس پیشگی رہنما اصول کے اعلان کنندہ کا معالج یا لائسنس یافتہ کلینکل سائیکولوجسٹ ہوں۔ میں معرفت ہذا تصدیق کرتا ہوں کہ میرے یقین کے مطابق اعلان کنندہ فی الحال باخبر فیصلہ کرنے کا اہل ہے اور اعلان کنندہ اس پیشگی رہنما اصول کے اس التزام کے عواقب کو سمجھتا ہے۔

تاریخ (Date)

معالج کا دستخط (Physician Signature)

معالج کا نام جلی حروف میں (Physician Name Printed)

G. اس پیشگی رہنما اصول میں شناخت کردہ نگہداشت صحت کی درج ذیل مخصوص قسموں کی اجازت دینا اگرچہ میں احتجاج کروں۔
(خصوصی طور پر اس پیشگی رہنما اصول کے کسی قابل اطلاق سیکشن کا تائیدی حوالہ دیں۔)

(اگر آپ اس ضمنی سیکشن G میں بیان کردہ اختیارات اپنے ایجنٹ کو دیتے ہیں تو آپ کے معالج کو درج ذیل تصدیق مکمل کرنا ضروری ہے۔)

معالج کی تصدیق: میں اس پیشگی رہنما اصول کے اعلان کنندہ کا معالج یا لائسنس یافتہ کلینکل سائیکولوجسٹ ہوں۔ میں معرفت ہذا تصدیق کرتا ہوں کہ میرے یقین کے مطابق اعلان کنندہ فی الحال باخبر فیصلہ کرنے کا اہل ہے اور اعلان کنندہ اس پیشگی رہنما اصول کے اس التزام کے عواقب کو سمجھتا ہے۔

تاریخ (Date)

معالج کا دستخط (Physician Signature)

معالج کا نام جلی حروف میں (Physician Name Printed)

H. یہ فیصلہ ہوجانے کے بعد کہ میں باخبر فیصلہ لینے کا نا اہل ہوں، ایجنٹ کے اختیارات کے خلاف میرے احتجاج کے باوجود میرے ایجنٹ کی حیثیت سے خدمات انجام دیتے رہنا۔

I. قابل اطلاق وفاقی یا ریاستی قانون کے مطابق کسی ادارہ جاتی جائزہ بورڈ (انسٹی ٹیوشنل ریویو بورڈ) یا تحقیقی جائزہ کمیٹی (ریسرچ ریویو کمیٹی) کی جانب سے منظور شدہ نگہداشت صحت سے متعلق کسی مطالعہ میں میری شرکت کیلئے اجازت دینا، اگر وہ مطالعہ میرے لئے براہ راست معالجاتی فوائد کا امکان پیش کرتا ہو۔

- J. قابل اطلاق وفاقی یا ریاستی قانون کے مطابق کسی ادارہ جاتی جائزہ بورڈ یا تحقیقی جائزہ کمیٹی کی جانب سے منظور شدہ نگہداشت صحت سے متعلق مطالعہ میں میری شرکت کیلئے اجازت دینا، جس کا مقصد مجھے درپیش ہوسکنے والی کیفیت کی سائنسی معلومات میں اضافہ کرنا یا بصورت دیگر انسانی بہبود کو فروغ دینا ہو، اگرچہ وہ مطالعہ میرے لئے براہ راست معالجاتی فوائد کا امکان پیش نہ کرتا ہو۔
- K. نگہداشت صحت کی سہولت میں میرے داخلہ کے دوران کسی بھی وقت مجھ سے ملاقات کے متعلق فیصلہ لینا، جو درج ذیل ہدایات سے مطابقت رکھتا ہو:

L. ان فیصلوں کو انجام دینے کیلئے لازمی ہوسکنے والا کوئی بھی قانونی اقدام کرنا، بشمول طبی خدمات کے فراہم کنندگان کو ذمہ داری سے بری کرنا۔
(ذیل میں کوئی اضافی اختیار جو آپ اپنے ایجنٹ کو دیتے ہیں، پابندیاں جو آپ اپنے ایجنٹ پر عائد کرتے ہیں یا اپنے ایجنٹ کی رہنمائی کیلئے دیگر معلومات شامل کریں۔)
میں اپنے ایجنٹ کو ذیل کے مطابق مزید ہدایت دیتا ہوں:

سیکشن III: نگہداشت صحت سے متعلق ہدایات

اگر آپ اپنی نگہداشت صحت کے بارے میں اضافی خصوصی ہدایات دینا نہیں چاہتے ہیں تو ضمنی سیکشنز A اور یا B کو قلمزد کریں۔

A. میری دیکھ بھال کرنے والے معالج کے ذریعہ کیے گئے فیصلے کے مطابق حالات کے تحت طبی لحاظ سے مناسب ہونے پر میں خصوصی طور پر ہدایت دیتا ہوں کہ مجھے درج ذیل نگہداشت صحت حاصل ہو:

B. میں خصوصی طور پر ہدایت دیتا ہوں کہ درج ذیل حالات کے تحت مجھے درج ذیل نگہداشت صحت فراہم نہ کرائی جائے:
(آپ یہ بھی بیان کرسکتے ہیں کہ بعض نگہداشت صحت کسی بھی حالت میں فراہم نہ کرائی جائے۔)

سیکشن IV: اختتام زندگی کے بارے میں ہدایات ("وصیت نامہ")

اگر آپ نزع کی کیفیت میں ہیں اور آپ اپنی نگہداشت صحت کے بارے میں مخصوص ہدایات دینا نہیں چاہتے ہیں تو اس سیکشن IV کو قلمزد کریں۔

اگر کسی بھی وقت میری دیکھ بھال کرنے والا معالج یہ فیصلہ کرتا ہے کہ میں نزع کی کیفیت میں ہوں جہاں زندگی کا دورانیہ بڑھانے والے طریق کار - بشمول مصنوعی تنفس، قلبی و ریوی ہوش و حواس کی بحال، مصنوعی طور پر داخل کردہ غذا اور مصنوعی طور پر داخل کردہ آبیڈگی - موت واقع ہونے کی کارروائی کو صرف مصنوعی طور پر طویل بنانے کا تو، میں ہدایت دیتا ہوں کہ اس طرح کے طریق کار مؤخر کردیے جائیں یا انہیں ختم کر دیا جائے اور مجھے فطری موت سے ہمکنار ہونے کی اجازت ہوگی نیز صرف وہی دوا دی جائے گی یا صرف ایسے طبی طریق کار انجام دیئے جائیں گے جو اطمینان بخش نگہداشت فراہم کرنے یا درد کو کم کرنے کیلئے لازمی خیال کیے جائیں گے۔ اگر میں کسی عضو، آنکھ یا نسیج کا عطیہ کنندہ ہوں (ذیل کا سیکشن V دیکھیں) تو، میں یہ ہدایت ایسے انداز میں لاگو کرنا چاہتا ہوں جس سے عطیہ کرنے کیلئے میرے اعضاء، آنکھوں یا نسیج کی طبی پائیداری یقینی ہو جائے۔

زندگی کا دورانیہ بڑھانے والے اس طرح کے طریق کار کے استعمال کے سلسلے میں ہدایات دینے کی میری اہلیت کی عدم موجودگی کی صورت میں، میری منشاء یہ ہے کہ اس پیشگی رہنما اصول کو میرے اہل خانہ اور معالج کے ذریعہ نگہداشت صحت سے انکار کرنے اور اس طرح کے انکار کے عواقب کو قبول کرنے کے میری قانونی حق کا حتمی اظہار سمجھا جائے۔

(اگر آپ اختتام زندگی کے وقت نگہداشت کے بارے میں اضافی ہدایات دینا نہیں چاہتے ہیں تو، ذیل کے ضمنی سیکشنز A اور یا B کو قلمزد کریں۔)

A. زندگی کا دورانیہ بڑھانے والے طریق کار کے بارے میں دیگر ہدایات

(اگر آپ زندگی کا دورانیہ بڑھانے والے طریق کار کے بارے میں خود اپنی ہدایات فراہم کرنا چاہتے ہیں، یا آپ نے اوپر جو ہدایات فراہم کی ہیں آپ ان میں کوئی ہدایات شامل کرنا چاہتے ہیں تو، آپ یہ کام ضمنی سیکشن A میں کرسکتے ہیں۔ اگر آپ زندگی کا دورانیہ بڑھانے والے بعض طریق کار، جیسے مصنوعی تنفس، قلبی و ریوی بحالی ہوش و حواس، مصنوعی طور پر دی گئی غذا اور مصنوعی طور پر دی گئی آبیڈگی کے سلسلے میں مخصوص ہدایات دینا چاہتے ہیں تو، یہاں پر آپ کو یہ چیزیں تحریر کردینی چاہئیں۔ اگر آپ اس ضمنی سیکشن A میں مخصوص ہدایات دیتے ہیں تو، اس کے بعد والی آپ کی مخصوص ہدایات مختلف ہونے کی صورت میں اس سیکشن IV میں مذکورہ بالا کسی بھی زبان کو قلمزد کریں۔)

B. زندگی کا دورانیہ بڑھانے والے طریق کار کے علاوہ نگہداشت کے بارے میں دیگر ہدایات

(اگر آپ نزع کی کیفیت میں ہیں تو آپ زندگی کا دورانیہ بڑھانے والے طریق کار کے بارے میں، جنہیں اوپر ضمنی سیکشن A میں بیان کیا گیا ہے، اپنی ہدایات سے الگ آپ یہاں پر اپنی نگہداشت صحت کے بارے میں کوئی دیگر ہدایات دے سکتے ہیں۔

میں ہدایت دیتا ہوں کہ:

سیکشن V: اعضاء سے متعلق عطیات

(آپ یہ دستاویز اپنی موت کے بعد اپنے اعضاء، آنکھیں اور نسیجیں یا پورا ہی جسم عطیہ کرنے کا اپنا فیصلہ ریکارڈ کرنے کیلئے استعمال کر سکتے ہیں۔ اگر آپ یہاں پر یا کسی دوسری دستاویز میں یہ فیصلہ نہیں کرتے ہیں تو آپ کا ایجنٹ آپ کیلئے یہ فیصلہ کر سکتا ہے۔ آئیے کہ آپ خصوصی طور پر انہیں یہ کام کرنے سے منع کر دیں، اور یہ کام آپ یہاں پر یا کسی دوسری دستاویز میں کر سکتے ہیں۔ اگر آپ عطیہ سے متعلق اپنا فیصلہ کرنے کیلئے یہ سیکشن استعمال کرنا چاہتے ہیں تو ذیل کے خانوں میں سے ایک کا استعمال کریں۔)

○ میں اپنے اعضاء، آنکھیں اور نسیجیں عضو کی پیوندکاری، تھیراپی، تحقیق اور تعلیم میں استعمال کیلئے عطیہ کرتا ہوں۔ میں عطیہ کیلئے میرے اعضاء آنکھوں یا نسیجوں کی پائیداری کو یقینی بنانے کیلئے سبھی لازمی اقدامات اختیار کیے جانے کی ہدایت دیتا ہوں۔ میں سمجھتا ہوں کہ میں ڈیپارٹمنٹ آف موٹر ویکل میں یا براہ راست عطیہ کنندہ کی رجسٹری، www.DonateLifeVirginia.org میں اپنی ہدایات رجسٹر کر سکتا ہوں، اور میں اپنی ہدایات میں ترمیم یا انہیں کالعدم قرار دینے کیلئے عطیہ کنندہ والی رجسٹری کا استعمال کر سکتا ہوں؛ یا

○ میں اپنا پورا جسم تحقیق اور تعلیم کیلئے عطیہ کرتا ہوں۔

[یہاں پر کوئی ایسی مخصوص ہدایات تحریر کریں جو آپ اعضاء کا عطیہ کرنے کے بارے میں دینا چاہتے ہیں۔]

(آپ کو دو گواہوں کی موجودگی میں ذیل میں دستخط کرنا ضروری ہے۔)

تصدیق اور کالعدم قرار دینے کا حق: ذیل میں دستخط کر کے، میں بیان کرتا ہوں کہ میں جذباتی طور پر اور دماغی لحاظ سے یہ پیشگی رہنما اصول طے کرنے کا اہل ہوں اور میں اس دستاویز کے مقصد اور تاثر کو سمجھتا ہوں۔ میں سمجھتا ہوں کہ میں کسی بھی وقت (i) دستخط مع تاریخ تحریر کردہ؛ (ii) بذات خود اس پیشگی رہنما اصول کی طبعی تفسیح یا ضیاع کے ذریعہ یا اپنی موجودگی میں کسی اور کو اسے ضائع کرنے کی ہدایت دے کر؛ یا (iii) کالعدم قرار دینے کے ارادے کے اپنے زبانی اظہار کے ذریعہ اس دستاویز کا سبھی یا کوئی بھی حصہ کالعدم قرار دے سکتا ہوں۔

تاریخ (Date)

اعلان کنندہ کا دستخط (Signature of Declarant)

اعلان کنندہ نے میری موجودگی میں اس رواں پیشگی رہنما اصول پر دستخط کیا۔

گواہ (Witness)

گواہ (Witness)

یہ فارم ورجینیا کے نگہداشت صحت سے متعلق فیصلوں کے قانون کے تقاضوں کی تکمیل کرتا ہے۔ اگر اس فارم کے بارے میں آپ کے قانونی سوالات ہیں یا آپ اپنی مخصوص ضروریات کی تکمیل کیلئے کوئی نیا فارم تیار کرنا چاہتے ہیں تو، آپ کو کسی وکیل سے بات کرنی چاہئے۔ آپ کا علاج کرنے والے معالج کو اپنے پیشگی رہنما اصول کی ایک نقل فراہم کرنا آپ کی ذمہ داری ہے۔ آپ کو اپنے ایجنٹ، قریبی رشتے داروں اور / یا دوستوں کو اس کی نقول فراہم کرنا چاہئے۔ یہ پیشگی رہنما اصول مفت ورجینیا کے ایڈوانس ہیلتھ ڈائرکٹور رجسٹری میں ذخیرہ کرنے سے متعلق معلومات کیلئے، <http://www.VirginiaRegistry.org> پر جائیں۔ یہ فارم ورجینیا ہاسپٹل اینڈ ہیلتھ کیئر ایسوسی ایشن کے ذریعہ اس کے ممبروں اور عوام کیلئے ایک خدمت کے بطور فراہم کرایا گیا ہے۔ (جون 2012، www.vhha.com)