

Առողջապահական խնամքի բժշկական կտակ (Advance Health Care Directive (AHCD))

CALIFORNIA
(CALIFORNIA)

Իմ անունը. _____
(My first name:)
Իմ ազգանունը. _____
(My last name:)
Իմ ծննդյան ամսաթիվը. ____/____/____
(My date of birth:)
Իմ բժշկական արձանագրության համարը. _____
(My medical record number:)

KP use: patient label

Կա այս փաստաթղթի երկու տարբերակ: Սա ավելի կարճ տարբերակն է: Դուք կարող եք դիտել երկու տարբերակը kp.org/lifecareplan կայքէջում կամ խնդրել ձեր բժշկին տրամադրել դրանք: Ընտրեք այն տարբերակը, որը նախընտրում եք:
(There are two versions of this document. This is the shorter one. You can view the two versions on kp.org/lifecareplan or ask your doctor for them. Choose the one you prefer.)

Քայլ 1

(Step 1)

Ընտրեք առողջապահական խնամքի գործակալ (որոշում կայացնող): Ցանկության դեպքում կարող եք նաև ընտրել այլընտրանքային գործակալ:

(Choose a health care agent (decision maker). You can also choose an alternate agent if you want one.)

Այս անձը.
(This person is:)

- առնվազն 18 տարեկան է և լավ գիտի ձեր արժեքները և համոզմունքները.
(18 or older and knows your values and beliefs well;)
- ցանկանում է և կարող է դա անել ձեզ համար.
(willing and able to do this for you;)
- պատրաստ է հարգել ձեր նախասիրությունները, նույնիսկ եթե դրանք տարբերվում են իր սեփական նախասիրություններից:
(willing to honor **your** preferences even if they are different from their own; նախասիրություններից:)
- ձեր բժիշկը կամ մեկ այլ բուժաշխատող չէ, ով հոգ է տանում ձեր մասին:
(not your doctor or another health care professional who is caring for you.)

Ես ընտրում եմ _____ հարաբերությունները.
(I choose) (relationship:)

հեռախոսահամարը. _____ էլփոստը.
(phone number:) (email:)

որպես իմ առողջապահական խնամքի գործակալ, ով կարող է իմ փոխարեն ընդունել առողջապահական խնամքի որոշումներ, եթե ես չկարողանամ դրանք կայացնել ինձ համար:
(as my health care agent to make health care decisions for me if I'm not able to make them for myself.)

Ես ընտրում եմ _____ հարաբերությունները.
(I choose) (relationship:)

հեռախոսահամարը. _____ էլփոստը.
(phone number:) (email:)

որպես իմ այլընտրանքային առողջապահական խնամքի գործակալ, եթե իմ առաջնային առողջապահական խնամքի գործակալը չի ցանկանում, ի վիճակի չէ կամ ողջամտորեն հասանելի չէ առողջապահական խնամքի որոշումներ իմ փոխարեն կայացնելու համար:
(as my alternate health care agent if my primary health care agent is not willing, able, or reasonably available to make health care decisions for me.)

Քայլ 2

(Step 2)

Ցուցումներ տվեք իմ առողջապահական խնամքի գործակալին և խնամքի թիմին: Ընտրեք միայն ՄԵԿ վանդակ.

(Give guidance to my health care agent and care team. Choose **ONE** box only:)

Եթե ես ունեմ հիվանդություն, որը բուժելի չէ և կարճ ժամանակում հանգեցնելու է իմ մահվան,
(If I have an illness that is not curable and will result in my death in a short time,)

ԿԱՄ ես դառնում եմ անգիտակից, և իմ բժիշկները չեն կարծում, որ իմ վիճակը կբարելավվի,
(OR I become unconscious, and my doctors do not think I will improve,)

ԿԱՄ բուժման հավանական ռիսկերն ու բեռները կգերազանցեն ակնկալվող օգուտը...
(OR the likely risks and burdens of treatment would outweigh the expected benefits...)

☐ Ես ցանկանում եմ ողջ մնալ, որքան հնարավոր է երկար՝ առողջապահական խնամքի ընդհանուր ընդունված չափանիշների սահմաններում:

(I want to be kept alive as long as possible within the limits of generally accepted health care standards.)

☐ Ես չեմ ցանկանում, որ իմ կյանքը երկարացվի: Ես կդադարեցնեմ բուժումները՝ ինձ ողջ պահելու համար կամ չէի սկսի դրանք:

(I do not want my life to be prolonged. I would stop treatments to keep me alive or not start them.)

☐ Ես վստահ չեմ, թե որ պնդման հետ եմ ամենաշատը համաձայն: Ես վստահում եմ իմ առողջապահական խնամքի գործակալին՝ անելու այն, ինչ լավագույնն է ինձ համար:

(I am not sure which statements I most agree with. I trust my health care agent to do what is best for me.)

Կա՞ որևէ այլ բան, որ ձեր խնամքի թիմը պետք է իմանա ձեր կամ ձեր բժշկական նախասիրությունների մասին:
(Is there anything else your care team should know about you or your medical preferences?)

Առողջապահական խնամքի բժշկական կտակ (Advance Health Care Directive (AHCD))

CALIFORNIA
(CALIFORNIA)

Իմ անունը. _____
(My first name:)
Իմ ազգանունը. _____
(My last name:)
Իմ բժշկական արձանագրության համարը. _____
(My medical record number:)

KP use: patient label

Քայլ 3 (Step 3)

Ստորագրեք ստորև բերված ձևը: Խնդրեք, որ կամ ԵՐԿՈՒ ՎԿԱ (ընտրանք 1) ԿԱՄ notary public-ը (ընտրանք 2) նույնպես ստորագրեն:
(Sign the form below. Ask either TWO witnesses (Option 1) OR a notary public (Option 2) to also sign.)

Իմ ամբողջական անունը (խնդրում ենք տպատառ գրել). _____
(My name (please print:))
Իմ ստորագրությունը. _____ Ամսաթիվ. _____
(My signature) (Date)

Ընտրանք 1 (Option 1)

Ես ընտրում եմ ԵՐԿՈՒ ՎԿԱՅԻ:
(I choose TWO WITNESSES.)

ԲՈԼՈՐ ՎԿԱՆԵՐԸ ՊԵՏՔ Է ԿԱՐԴԱՆ ԵՎ ԸՆԴՈՒՆԵՆ ԱՅՍ ԲՈԼՈՐ ՊԱՀԱՆՁՆԵՐԸ:
(ALL WITNESSES MUST READ AND ACCEPT ALL THESE REQUIREMENTS)

- California-ի օրենքներով սուտ վկայություն տալու պատժի ներքո ես հայտարարում եմ, որ.
(I declare under penalty of perjury under the laws of California that:)
- Ես առնվազն 18 տարեկան եմ.
(I am at least 18 years old;)
- Ես այս Առողջապահական խնամքի բժշկական կտակով որպես գործակալ նշանակված անձ չեմ.
(I am not a person appointed as agent by this Advance Health Care Directive;)
- Վկաներից միայն մեկը կարող է լինել ազգական.
(only one of the witnesses can be family related;)
- Այն անձը, ով ստորագրել է կամ ընդունել է այս Առողջապահական խնամքի բժշկական կտակը, անձամբ հայտնի է ինձ, կամ որ անձի ինքնությունն ինձ ապացուցվել է համոզիչ ապացույցներով.
(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;)
- Անձը իմ ներկայությամբ է ստորագրել կամ ընդունել է Առողջապահական խնամքի բժշկական կտակը.
(the individual signed or acknowledged this Advance Health Care Directive in my presence;)
- Անձը ողջամիտ է և ոչ մի հարկադրանքի, խարդախության կամ անհարկի ազդեցության չի ենթարկվում.
(the individual appears to be of sound mind and under no duress, fraud, or undue influence;)
- Ես անձի առողջապահական խնամքի մատակարարը, անձի առողջապահական խնամքի մատակարարի աշխատակիցը, համայնքային խնամքի հաստատության օպերատորը, համայնքային խնամքի հաստատության օպերատորի աշխատակիցը, տարեցների խնամքի հաստատության օպերատորը կամ տարեցների խնամքի հաստատության օպերատորի աշխատակիցը չեմ.
(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)

ՎԿԱ ՀԱՄԱՐ ՄԵԿ.

(WITNESS NUMBER ONE:)

Տպատառ անունը. _____ Ստորագրությունը. _____
(Print name:) (Signature:)
Հասցեն. _____ Ամսաթիվը. _____
(Address:) (Date:)

ՎԿԱ ՀԱՄԱՐ ԵՐԿՈՒ.

(WITNESS NUMBER TWO:)

Տպատառ անունը. _____ Ստորագրությունը. _____
(Print name:) (Signature:)
Հասցեն. _____ Ամսաթիվը. _____
(Address:) (Date:)

ՎԿԱՆԵՐԻ ՀԱՎԵԼՅԱԼ ՀԱՅՏԱՐԱՐՈՒԹՅՈՒՆ. Վերը նշված վկաներից առնվազն մեկը պետք է նաև ստորագրի հետևյալ հայտարարությունը. California-ի օրենքների համաձայն՝ սուտ վկայություն տալու պատժի ներքո հայտարարում եմ, որ ես արյունակցական կապով, ամուսնությամբ կամ որդեգրմամբ կապված չեմ այն անձի հետ, ով կատարում է այս Առողջապահական խնամքի բժշկական կտակը, և, որքանով գիտեմ, ես իրավունք չունեմ անձի ունեցվածքի որևէ մասի նկատմամբ նրա մահից հետո՝ այժմ գոյություն ունեցող կամ օրենքով գործող կտակի համաձայն:

(ADDITIONAL STATEMENT OF WITNESSES: At least one of the above witnesses must also sign the following declaration: I further declare under penalty of perjury under the laws of California that I am not related to the individual executing this advance health care directive by blood, marriage, or adoption, and, to the best of my knowledge, I am not entitled to any part of the individual's estate upon their death under a will now existing or by operation of law.)

Տպատառ անունը. _____ Ստորագրությունը. _____
(Print Name:) (Signature:)

Առողջապահական խնամքի բժշկական կտակ (Advance Health Care Directive (AHCD))

CALIFORNIA
(CALIFORNIA)

Իմ անունը. _____
(My first name:)
Իմ ազգանունը. _____
(My last name:)
Իմ բժշկական արձանագրության համարը. _____
(My medical record number:)

KP use: patient label

ՄԻԱՅՆ CALIFORNIA-Ի ՄԱՍՆԱԳԻՏԱՅՎԱԾ ԲՈՒԺՔՈՒՅՐԱԿԱՆ ԽՆԱՄՔԻ ՀԱՍՏԱՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՌԵԶԻԴԵՆՏՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ ՏՎԵՔ այս ձևը ձեր ծերանոցի տնօրենին ՄԻԱՅՆ այն դեպքում, երբ ապրում եք ծերանոցում: California-ի օրենքը պահանջում է, որ ծերանոցի ռեզիդենտները ներգրավեն ծերանոցի օմբուդսմենին՝ որպես AHCD-ի լրացուցիչ վկա:

(FOR CALIFORNIA SKILLED NURSING FACILITY RESIDENTS ONLY)

(STATEMENT OF THE PATIENT ADVOCATE OR OMBUDSMAN)

"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."

Օմբուդսմենի ստորագրությունը. _____ Ամսաթիվը. _____
(Signature of ombudsman:) (Date:)

Տպատառ անունը. _____
(Print name:)

Ընտրանք 2 (Option 2)

Ես ընտրում եմ NOTARY PUBLIC երկու վկայի փոխարեն:
(I choose a NOTARY PUBLIC instead of two witnesses.)

State of California, County of: _____

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.

On _____ before me, _____ personally appeared _____ 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 that 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 of Notary Public)

(Seal)

Առողջապահական խնամքի բժշկական կտակ (Advance Health Care Directive (AHCD))

CALIFORNIA
(CALIFORNIA)

Իմ անունը. _____
(My first name:)
Իմ ազգանունը. _____
(My last name:)
Իմ բժշկական արձանագրության համարը. _____
(My medical record number:)

KP use: patient label

Հաջորդ քայլերը

- ☐ Պահեք բնօրինակը:
 - ☐ Պատճենները տվեք ձեր առողջապահական խնամքի գործակալ(ներ)ին:
 - ☐ Բերեք պատճենը Kaiser Permanente-ում ձեր հաջորդ նշանակմանը ԿԱՄ
 - ☐ Ուղարկեք պատճենը փոստով՝ Kaiser Permanente Central Scanning, 1011 S. East Street, Anaheim, CA 92805, ԿԱՄ
էլփոստով ուղարկեք՝ SCALCentralized-Scanning-Center@kp.org
 - ☐ Խոսեք ձեր առողջապահական խնամքի գործակալ(ներ)ի հետ ձեր արժեքների, համոզմունքների և ձեր առողջապահական խնամքի մասով նախասիրությունների մասին: Օգտագործեք ձեր AHCD-ն՝ գրույցը ղեկավարելու և համոզվելու համար, որ նրանք կարող են ստանձնել այս դերը: **Անպայման ձեր սիրելիներին, ընտանիքին և/կամ մտերիմ ընկերներին** տեղեկացրեք, թե ում եք ընտրել որպես ձեր առողջապահական խնամքի գործակալ և որոնք են ձեր առողջապահական խնամքի մասով նախասիրությունները և ինչու:
 - ☐ Վերցրեք ձեր AHCD-ն ձեզ հետ: Եթե դուք գնում եք հիվանդանոց կամ ծերանոց, վերցրեք ձեր AHCD-ի պատճենը և խնդրեք, որ այն տեղադրվի ձեր բժշկական քարտի մեջ:
- Դուք կարող եք ցանկացած պահի չեղարկել կամ փոխել AHCD-ի ՑԱՆԿԱՑԱԾ ընտրություն: Ըստ ձեր կյանքում կամ ձեր առողջության մեջ ամեն ինչի փոփոխման՝ դուք կարող եք փոխել ձեր գործակալ(ներ)ին և նախասիրությունները՝ լրացնելով նոր փաստաթուղթ կամ անձամբ տեղեկացնելով ձեր բժշկին: