

សេចក្តីបង្គាប់ការថែទាំសុខភាពទុកជាមុន (AHCD) (Advance Health Care Directive (AHCD))

រដ្ឋ CALIFORNIA
(CALIFORNIA)

នាមខ្លួនរបស់ខ្ញុំ៖ _____
(My first name:)
នាមត្រកូលរបស់ខ្ញុំ៖ _____
(My last name:)
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖ _____/_____/_____
(My date of birth:)
លេខកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ខ្ញុំ៖ _____
(My medical record number:)

KP use: patient label

មានកំណែចំនួនពីរនៃឯកសារនេះ។ នេះគឺជាកំណែខ្លីជាង។ អ្នកអាចមើលកំណែទាំងពីរនៅលើ kp.org/lifecareplan ឬសាកសួរវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកសម្រាប់ឯកសារទាំងនេះ។ ជ្រើសរើសកំណែមួយដែលអ្នកពេញចិត្ត។
(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.)

ជំហានទី 1 (Step 1)

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

បុគ្គលនេះគឺ៖
(This person is:)

- អាយុ 18 ឬច្រើនជាងនេះ ហើយដឹងពីគុណតម្លៃ និងជំនឿរបស់អ្នកយ៉ាងច្បាស់
(18 or older and knows your values and beliefs well;)
- មានឆន្ទៈ និងអាចធ្វើរឿងនេះសម្រាប់អ្នកបាន
(willing and able to do this for you;)
- មានឆន្ទៈគោរពតាមការពេញចិត្តរបស់អ្នក ទោះបីជាខុសពីពួកគេក៏ដោយ
(willing to honor **your** preferences even if they are different from their own;)
- មិនមែនជាវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកជំនាញថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតដែលថែទាំអ្នកនោះទេ។
(not your doctor or another health care professional who is caring for you.)

ខ្ញុំជ្រើសរើស _____ ទំនាក់ទំនង៖ _____
(I choose) (relationship:)
លេខទូរសព្ទ៖ _____ អ៊ីមែល៖ _____
(phone number:) (email:)

ក្នុងនាមជាភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំ ពួកគេធ្វើការសម្រេចចិត្តលើការថែទាំសុខភាពសម្រាប់ខ្ញុំ ប្រសិនបើខ្ញុំមិនអាចធ្វើវាដោយខ្លួនឯងបាន។
(as my health care agent to make health care decisions for me if I'm not able to make them for myself.)

ខ្ញុំជ្រើសរើស _____ ទំនាក់ទំនង៖ _____
(I choose) (relationship:)
លេខទូរសព្ទ៖ _____ អ៊ីមែល៖ _____
(phone number:) (email:)

ក្នុងនាមជាភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតរបស់ខ្ញុំ ប្រសិនបើភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពចម្បងរបស់ខ្ញុំមិនមានឆន្ទៈ សមត្ថភាព ឬសមហេតុផលក្នុងការសម្រេចចិត្តលើការថែទាំសុខភាពសម្រាប់ខ្ញុំ។
(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.)

ជំហានទី 2 (Step 2)

ផ្តល់ការណែនាំដល់ភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាព និងក្រុមការងារថែទាំរបស់ខ្ញុំ។ ជ្រើសរើស មួយ ប្រអប់តែប៉ុណ្ណោះ៖
(Give guidance to my health care agent and care team. Choose **ONE** box only:)

ប្រសិនបើខ្ញុំមានជំងឺដែលមិនអាចព្យាបាលបាន ហើយនឹងបណ្តាលឱ្យខ្ញុំស្លាប់ក្នុងពេលដ៏ខ្លី
(If I have an illness that is not curable and will result in my death in a short time,)

ឬខ្ញុំបាត់បង់ស្មារតី ហើយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់ខ្ញុំមិនគិតថាខ្ញុំនឹងប្រសើរឡើង
(OR I become unconscious, and my doctors do not think I will improve,)

ឬអាចមានហានិភ័យ និងបន្ទុកនៃការព្យាបាលអាចនឹងមានលើសពីអត្ថប្រយោជន៍ដែលរំពឹងទុក...
(OR the likely risks and burdens of treatment would outweigh the expected benefits...)

(OR the likely risks and burdens of treatment would outweigh the expected benefits...)

- ☐ ខ្ញុំចង់រក្សាជីវិតឱ្យបានយូរតាមដែលអាចធ្វើទៅបានក្នុងដែនកំណត់នៃស្តង់ដារថែទាំសុខភាពដែលទទួលយកជាទូទៅ។
(I want to be kept alive as long as possible within the limits of generally accepted health care standards.)
- ☐ ខ្ញុំមិនចង់ឱ្យជីវិតរបស់ខ្ញុំត្រូវបានពន្យារពេលវេលា។ ខ្ញុំនឹងបញ្ឈប់ការព្យាបាលដើម្បីរក្សាខ្ញុំឱ្យនៅបន្តរស់ ឬមិនចាប់ផ្តើមការព្យាបាល។
(I do not want my life to be prolonged. I would stop treatments to keep me alive or not start them.)
- ☐ ខ្ញុំមិនប្រាកដថាសេចក្តីថ្លែងការណ៍មួយណាដែលខ្ញុំយល់ស្របជាងគេនោះឡើយ។ ខ្ញុំទុកចិត្តភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំដើម្បីធ្វើអ្វីដែលល្អបំផុតសម្រាប់ខ្ញុំ។
(I am not sure which statements I most agree with. I trust my health care agent to do what is best for me.)

តើមានអ្វីផ្សេងទៀតដែលក្រុមការងារថែទាំរបស់អ្នកគួរដឹងអំពីអ្នក ឬចំណូលចិត្តផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកឬទេ?
(Is there anything else your care team should know about you or your medical preferences?)

ជំហានទី 3 (Step 3)

ចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទខាងក្រោម។ សូមសួរសាក្សីពីរនាក់ (ជម្រើសទី 1) ឬ Notary Public (ជម្រើសទី 2) ដើម្បីចុះហត្ថលេខាផងដែរ។
(Sign the form below. Ask either TWO witnesses (Option 1) OR a notary public (Option 2) to also sign.)

ឈ្មោះរបស់ខ្ញុំ (សូមបោះពុម្ព)៖ _____
(My name (please print:))
ហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំ៖ _____ កាលបរិច្ឆេទ៖ _____
(My signature) (Date)

សេចក្តីបង្គាប់ការថែទាំសុខភាពទុកជាមុន (AHCD) (Advance Health Care Directive (AHCD))

រដ្ឋ CALIFORNIA
(CALIFORNIA)

នាមខ្លួនរបស់ខ្ញុំ៖ _____
(My first name:)
នាមត្រកូលរបស់ខ្ញុំ៖ _____
(My last name:)
លេខកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រ៖ _____
(My medical record number:)

KP use: patient label

ជម្រើសទី 1 (Option 1)

ខ្ញុំជ្រើសរើសសាក្សីពីរនាក់។

I choose TWO WITNESSES.)

សាក្សីទាំងអស់ត្រូវតែអាន និងទទួលយកនូវតម្រូវការទាំងអស់នេះ។

(ALL WITNESSES MUST READ AND ACCEPT ALL THESE REQUIREMENTS)

- ខ្ញុំប្រកាសនៅក្រោមបទផាកពិន័យនៃការកូតកុហកនៅក្រោមច្បាប់នៃរដ្ឋ California ថា៖
(I declare under penalty of perjury under the laws of California that:)
- ខ្ញុំមានអាយុយ៉ាងតិច 18 ឆ្នាំ
(I am at least 18 years old;)
- ខ្ញុំមិនមែនជាបុគ្គលដែលត្រូវបានតែងតាំងជាភ្នាក់ងារដោយសេចក្តីបង្គាប់ការថែទាំសុខភាពទុកជាមុនទេ។
(I am not a person appointed as agent by this Advance Health Care Directive;)
- មានតែសាក្សីម្នាក់ប៉ុណ្ណោះដែលអាចមានទំនាក់ទំនងនឹងគ្រួសារ
(only one of the witnesses can be family related;)
- បុគ្គលដែលបានចុះហត្ថលេខា ឬទទួលស្គាល់សេចក្តីបង្គាប់ការថែទាំសុខភាពទុកជាមុននេះ ត្រូវបានស្គាល់ដោយផ្ទាល់ចំពោះខ្ញុំ ឬថាអត្តសញ្ញាណរបស់បុគ្គលនោះត្រូវបានបញ្ជាក់ឱ្យខ្ញុំឃើញដោយភស្តុតាងគួរឱ្យជឿជាក់។
(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;)
- បុគ្គលដែលបានចុះហត្ថលេខា ឬទទួលស្គាល់សេចក្តីបង្គាប់ការថែទាំសុខភាពជាមុននេះនៅក្នុងវត្តមានរបស់ខ្ញុំ
(the individual signed or acknowledged this Advance Health Care Directive in my presence;)
- បុគ្គលនោះហាក់ដូចជាមានចិត្តល្អ និងមិនមានការបង្ខិតបង្ខំ ការក្លែងបន្លំ ឬក្រោមឥទ្ធិពលនរណាម្នាក់
(the individual appears to be of sound mind and under no duress, fraud, or undue influence;)
- ខ្ញុំមិនមែនជាអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់បុគ្គល និយោជិតនៃអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់បុគ្គល ប្រតិបត្តិករនៃកន្លែងថែទាំក្នុងសហគមន៍ និយោជិតនៃប្រតិបត្តិករកម្មសេវាថែទាំក្នុងសហគមន៍ ប្រតិបត្តិករកម្មសេវាថែទាំលំនៅឋានសម្រាប់មនុស្សចាស់ ហើយក៏មិនមែនជានិយោជិតនៃប្រតិបត្តិករនៃកន្លែងថែទាំលំនៅឋានសម្រាប់មនុស្សចាស់ផងដែរ
(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)

សាក្សីទីមួយ៖

(WITNESS NUMBER ONE:)

ឈ្មោះបោះពុម្ព៖ _____ ហត្ថលេខា៖ _____
(Print name:) (Signature:)

អាសយដ្ឋាន៖ _____ កាលបរិច្ឆេទ៖ _____
(Address:) (Date:)

សាក្សីទីពីរ៖

(WITNESS NUMBER TWO:)

ឈ្មោះបោះពុម្ព៖ _____ ហត្ថលេខា៖ _____
(Print name:) (Signature:)

អាសយដ្ឋាន៖ _____ កាលបរិច្ឆេទ៖ _____
(Address:) (Date:)

សេចក្តីថ្លែងការណ៍បន្ថែមរបស់សាក្សី៖ យ៉ាងហោចណាស់សាក្សីម្នាក់ក្នុងចំណោមសាក្សីខាងលើត្រូវតែចុះហត្ថលេខាលើសេចក្តីប្រកាសខាងក្រោមផងដែរ៖ ខ្ញុំសូមប្រកាសបន្ថែមទៀតនៅក្រោមការដាក់ពិន័យនៃការកូតកុហកនៅក្រោមច្បាប់នៃរដ្ឋ California ថាខ្ញុំមិនពាក់ព័ន្ធនឹងបុគ្គលដែលអនុវត្តសេចក្តីបង្គាប់ទុកជាមុនសម្រាប់ការថែទាំសុខភាពនេះ តាមរយៈឈាម អាពាហ៍ពិពាហ៍ ឬការស្ម័គ្រចិត្តក្រោយមកឡើយ ហើយតាមចំណេះដឹងរបស់ខ្ញុំ ខ្ញុំមិនមានសិទ្ធិទទួលបានផ្នែកណាមួយនៃទ្រព្យសម្បត្តិរបស់បុគ្គលនោះ នៅពេលដែលទទួលបានសិទ្ធិរបស់ពួកគេនៅក្រោមឆន្ទៈដែលមានស្រាប់ ឬដោយប្រតិបត្តិការនៃច្បាប់ឡើយ។

(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.)

ឈ្មោះបោះពុម្ព៖ _____ ហត្ថលេខា៖ _____
(Print Name:) (Signature:)

សម្រាប់អ្នករស់នៅកន្លែងថែទាំដែលមានវិជ្ជាជីវៈនៅរដ្ឋ CALIFORNIA តែប៉ុណ្ណោះ

ផ្តល់ទម្រង់បែបបទនេះដល់នាយកមណ្ឌលថែទាំមនុស្សចាស់របស់អ្នកបាន លុះត្រាតែអ្នករស់នៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំមនុស្សចាស់។ ច្បាប់រដ្ឋ California តម្រូវឱ្យអ្នករស់នៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំមនុស្សចាស់មានអ្នកទទួលបន្ទុកមណ្ឌលថែទាំមនុស្សចាស់ជាសាក្សីបន្ថែមនៃសេចក្តីបង្គាប់ការថែទាំសុខភាពទុកជាមុន (AHCD)។

(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."

ហត្ថលេខាអ្នកទទួលបន្ទុក៖ _____ កាលបរិច្ឆេទ៖ _____
(Signature of ombudsman:) (Date:)

ឈ្មោះបោះពុម្ព៖ _____
(Print name:)

សេចក្តីបង្គាប់ការថែទាំសុខភាពទុកជាមុន (AHCD)
(Advance Health Care Directive (AHCD))

រដ្ឋ CALIFORNIA
(CALIFORNIA)

នាមខ្លួនរបស់ខ្ញុំ៖ _____
(My first name:)
នាមត្រកូលរបស់ខ្ញុំ៖ _____
(My last name:)
លេខកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រ៖ _____
(My medical record number:)

KP use: patient label

ជម្រើសទី 2
(Option 2)

ខ្ញុំជ្រើសរើស Notary Public ជំនួសឱ្យសាក្សីពីរនាក់។
(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)

ជំហានបន្ទាប់

- ☐ រក្សាទុកច្បាប់ដើម។
 - ☐ ផ្តល់ច្បាប់ចម្លងដល់ភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។
 - ☐ នាំយកច្បាប់ចម្លងទៅកាន់ការណាត់ជួបជាមួយ Kaiser Permanente បន្ទាប់របស់អ្នក ឬ
 - ☐ ធ្វើច្បាប់ចម្លងតាមសំបុត្រទៅ៖ Kaiser Permanente Central Scanning, 1011 S. East Street, Anaheim, CA 92805 ឬផ្ញើអ៊ីមែលច្បាប់ចម្លងទៅ៖ SCALCentralized-Scanning-Center@kp.org
 - ☐ ពិភាក្សាជាមួយភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកអំពីគុណតម្លៃ ជំនឿ និងចំណូលចិត្តក្នុងការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។ ប្រើ AHCD របស់អ្នកដើម្បីណែនាំការសន្មតា ហើយត្រូវប្រាកដថាពួកគេអាចបំពេញតួនាទីនេះបាន។ ត្រូវប្រាកដថាអនុញ្ញាតឱ្យមនុស្សជាទីស្រឡាញ់របស់អ្នក ក្រុមគ្រួសារ និងមិត្តភក្តិជិតស្និទ្ធរបស់អ្នកដឹងថាអ្នកបានជ្រើសរើសនរណាឱ្យធ្វើជាភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក និងថាពួកគេបានចំពោះការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកជាអ្វី ហើយមានមូលហេតុអ្វី។
 - ☐ យក AHCD របស់អ្នកមកជាមួយអ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកទៅមន្ទីរពេទ្យ ឬមណ្ឌលថែទាំមនុស្សចាស់ សូមយកច្បាប់ចម្លងនៃសេចក្តីបង្គាប់ទុកជាមុនសម្រាប់ការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ហើយស្នើសុំឱ្យដាក់វានៅក្នុងកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក។
- អ្នកអាចបោះបង់ ឬផ្លាស់ប្តូរជម្រើសណាមួយរបស់អ្នកនៅក្នុង AHCD របស់អ្នកបានគ្រប់ពេលវេលា។ នៅពេលដែលអ្វីៗផ្លាស់ប្តូរនៅក្នុងជីវិតរបស់អ្នក ឬជាមួយនឹងសុខភាពរបស់អ្នក អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរភ្នាក់ងារ និងចំណូលចិត្តរបស់អ្នកដោយបំពេញឯកសារថ្មី ឬប្រាប់វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកដោយផ្ទាល់។