

KP use: patient label

نام من:
(My first name)نام خانوادگی من:
(My last name)تاریخ تولد من:
(My date of birth)شماره پرونده پزشکی من:
(My medical record number)

دو نسخه از این سند موجود است. این نسخه کوتاه‌تر است. می‌توانید این دو نسخه را در kp.org/lifecareplan مشاهده کنید یا آنها را از دکتر خود بخواهید. هر کدام را که ترجیح می‌دهید انتخاب کنید.

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.

قدم 1 (Step 1)

یک نماینده مراقبت‌های بهداشتی (تصمیم‌گیرنده) انتخاب کنید. در صورت دلخواه، می‌توانید یک نماینده جایگزین هم انتخاب کنید.
Choose a health care agent (decision maker). You can also choose an alternate agent if you want one.

این شخص:
(This person is:)

- می‌بایست 18 سال یا بیشتر داشته باشد و ارزش‌ها و عقاید شما را به خوبی بداند;
(18 or older and knows your values and beliefs well;)
- تمایل و توانایی انجام این کار را برای شما داشته باشد;
(willing and able to do this for you;)
- تمایل داشته باشد به ترجیحات شما احترام بگذارد، حتی اگر با ترجیحات خودش متفاوت باشد;
(willing to honor your preferences even if they are different from their own;)
- دکتر شما یا متخصص مراقبت‌های بهداشتی دیگری که از شما مراقبت می‌کند نباشد.
(not your doctor or another health care professional who is caring for you).

من:
(I choose)شماره تلفن:
(phone number)

به عنوان نماینده مراقبت‌های بهداشتی انتخاب می‌کنم تا اگر من قادر نباشم برای خود تصمیم بگیرم، تصمیمات مربوط به مراقبت‌های بهداشتی را از جانب من بگیرد.
(as my health care agent to make health care decisions for me if I'm not able to make them for myself.)

من:
(I choose)شماره تلفن:
(phone number)

به عنوان نماینده مراقبت‌های بهداشتی جایگزین انتخاب می‌کنم برای مواقعی که نماینده مراقبت‌های بهداشتی اصلی من مایل یا قادر به تصمیم‌گیری در مورد مراقبت‌های بهداشتی نباشد یا به طور منطقی در دسترس نباشد.
(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.)

قدم 2 (Step 2)

نماینده مراقبت‌های بهداشتی و تیم مراقبتی من راهنمایی کنید. فقط یک مربع را انتخاب کنید:
(Give guidance to my health care agent and care team. Choose ONE box only.)

اگر بیماری‌ای داشته باشم که قابل درمان نباشد و در مدت کوتاهی منجر به مرگم شود،
(If I have an illness that is not curable and will result in my death in a short time.)

یا هوشیاری‌ام را از دست بدهم و دکترها بر این نظر باشند که بیهودی حاصل نمی‌شود،
(OR I become unconscious, and my doctors do not think I will improve.)

یا خطرات و بارهای احتمالی درمان بیشتر از مزایای مورد انتظار باشد...
(OR the likely risks and burdens of treatment would outweigh the expected benefits...)

☐ می‌خواهم تا زمانی که ممکن است در محدوده استانداردهای عمومی پذیرفته شده مراقبت‌های بهداشتی زنده بمانم.
(I want to be kept alive as long as possible within the limits of generally accepted health care standards.)

☐ نمی‌خواهم عمرم طولانی شود. برای اینکه زنده بمانم درمان‌ها را متوقف می‌کنم یا آنها را شروع نمی‌کنم.
(I do not want my life to be prolonged. I would stop treatments to keep me alive or not start them.)

☐ مطمئن نیستم که با کدام اظهارات بیشتر موافقم. به نماینده مراقبت‌های بهداشتی خود اعتماد می‌کنم که بهترین کار را برای من انجام دهد.
(I am not sure which statements I most agree with. I trust my health care agent to do what is best for me.)

آیا موضوع دیگری وجود دارد که تیم مراقبت شما باید در مورد شما یا ترجیحات پزشکی‌تان بداند؟
(Is there anything else your care team should know about you or your medical preferences?)

قدم 3 (Step 3)

این فرم را در زیر امضا کنید. از دو شاهد (گزینه 1) یا از یک notary public (گزینه 2) نیز بخواهید که امضا کنند.
Sign the form below. Ask either TWO witnesses (Option 1) OR a notary public (Option 2) to also sign.

نام من (لطفاً درج نمائید):
(My name (please print:))امضای من:
(My signature:)تاریخ:
(Date:)

KP use: patient label

نام من:
(My first name:)
نام خانوادگی من:
(My last name:)
شماره پرونده پزشکی من:
(My medical record number:)

من دو شاهد انتخاب می‌کنم.
(I choose TWO WITNESSES.)

گزینه 1
(Option 1)

همه شهود باید همه این شرایط را بخوانند و بپذیرند.
(ALL WITNESSES MUST READ AND ACCEPT ALL THESE REQUIREMENTS.)

• من تحت مجازات شهادت دروغ طبق قوانین California اعلام می‌کنم که:
(I declare under penalty of perjury under the laws of California that:)

• من حداقل 18 سال سن دارم;
(I am at least 18 years old;)

• من فردی نیستم که توسط این دستورالعمل مراقبت‌های بهداشتی پیشرفته به عنوان نماینده منصوب شده باشم;
(I am not a person appointed as agent by this Advance Health Care Directive;)

• فقط یکی از شهود می‌تواند نسبت فامیلی داشته باشد;
(only one of the witnesses can be family related;)

• فردی که این دستورالعمل مراقبت‌های بهداشتی پیشرفته را امضا یا تأیید کرده است، شخصاً برای من شناخته شده است، یا اینکه هویت او با شواهد قانع‌کننده برای من ثابت شده است:
(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;)

• فرد مورد نظر این دستورالعمل مراقبت‌های بهداشتی پیشرفته را در حضور من امضا یا تأیید کرد:
(the individual signed or acknowledged this Advance Health Care Directive in my presence;)

• به نظر می‌رسد که این فرد دارای عقل سلیم است و تحت هیچ اجبار، کلاهبرداری یا تأثیر بی‌دلیلی قرار ندارد;
(the individual appears to be of sound mind and under no duress, fraud, or undue influence;)

• من ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی فرد، کارمند ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی فرد، اپراتور یک مرکز مراقبت‌های اجتماعی، کارمند اپراتور یک مرکز مراقبت‌های اجتماعی، اپراتور یک مرکز مراقبت‌های اقامتگاهی برای سالمندان و یا کارمند اپراتور یک مرکز مراقبت‌های اقامتگاهی برای سالمندان نیستم
(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)

شاهد شماره یک:
(WITNESS NUMBER ONE:)

نام کامل خود را درج نمایید:
(Print name:)

آدرس:
(Address:)

تاریخ:
(Date:)

شاهد شماره دو:
(WITNESS NUMBER TWO:)

نام کامل خود را درج نمایید:
(Print name:)

آدرس:
(Address:)

تاریخ:
(Date:)

بیانیه جانبی شهود: حداقل یکی از شهود فوق باید بیانیه زیر را نیز امضا کند: من همچنین تحت قانون مجازات شهادت دروغ در California اعلام می‌کنم که با فرد اجراکننده این دستورالعمل مراقبت‌های بهداشتی پیشرفته نسبت خونی، ازدواجی یا فرزندخواندگی ندارم و تا آنجا که می‌دانم، هیچ قسمت از اموال فرد پس از مرگ وی بر اساس وصیت‌نامه موجود یا بر اساس قانون به من نمی‌رسد.

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.

نام کامل خود را درج نمایید:
(Print Name:)

فقط برای ساکنین آسایشگاه تخصصی CALIFORNIA

این فرم را فقط در صورتی که در آسایشگاه زندگی می‌کنید به مدیر آسایشگاه خود بدهید. قانون California ساکنین آسایشگاه را ملزم می‌کند که بازرس آسایشگاه را به عنوان شاهد دیگری برای دستورالعمل مراقبت‌های بهداشتی پیشرفته (AHCD) داشته باشند.

(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."

تاریخ:
(Date:)

امضای بازرس:
(Signature of ombudsman:)

نام کامل خود را درج نمایید:
(Print name:)

KP use: patient label

نام من: _____

(My first name:)

نام خانوادگی من: _____

(My last name:)

شماره پرونده پزشکی من: _____

(My medical record number:)

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.

من به جای دو شاهد، یک NOTARY PUBLIC را انتخاب می‌کنم.
(I choose a NOTARY PUBLIC instead of two witnesses.)

گزینه 2

(Option 2)

State of California, County of: _____

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)

قدم‌های بعدی

نسخه اصلی را نگه دارید. ☐

نسخه‌هایی از آن را به نماینده(های) مراقبت‌های بهداشتی خود بدهید. ☐

نسخه‌ای از آن را به وقت ملاقات بعدی Kaiser Permanente خود بیاورید یا ☐

نسخه‌ای از آن را ارسال کنید به: Kaiser Permanente Central Scanning, 1011 S. East Street, Anaheim, CA 92805, یا نسخه‌ای از آن را ایمیل کنید به: ☐

SCALCentralized-Scanning-Center@kp.org

در مورد ارزش‌ها، باورها و ترجیحات مراقبت‌های بهداشتی خود با نماینده(های) مراقبت‌های بهداشتی خود صحبت کنید. از AHCD خود برای هدایت مکالمه استفاده کنید و مطمئن شوید که آنها از عهده این ☐

نقش برمی‌آیند. حتماً به عزیزان، خانواده و دوستان نزدیک خود اطلاع دهید که شما چه کسی را به عنوان نماینده(های) مراقبت‌های بهداشتی خود انتخاب کرده‌اید و ترجیحات مراقبت‌های بهداشتی شما چیست و چرا. ☐

AHCD خود را به همراه داشته باشید. اگر به بیمارستان یا آسایشگاه می‌روید، یک نسخه از AHCD خود را به همراه داشته باشید و درخواست کنید که در پرونده پزشکی شما قرار گیرد. هر زمان که بخواهید می‌توانید هر یک از انتخاب‌هایتان را در AHCD خود لغو کنید یا تغییر دهید. با تغییر مسائل زندگی یا سلامت‌تان، می‌توانید با تکمیل یک فرم جدید یا اطلاع حضوری به دکتر، نماینده(ها) و ترجیحات خود را تغییر دهید. ☐