

Honoring Choices Massachusetts សេចក្តីណែនាំ និងក្រដាសបំពេញ សិទ្ធិថែទាំសុខភាព រដ្ឋម៉ាសាឈូសេត

សេចក្តីណែនាំ: មនុស្សពេញវ័យគ្រប់ៗរូបដែលមានសមត្ថភាព អាយុ 18 ឆ្នាំ និងចាស់ជាង មានសិទ្ធិតែងតាំងភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាព នៅក្នុង សិទ្ធិថែទាំសុខភាព (Health Care Proxy)។ ដើម្បីបង្កើតសិទ្ធិថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកជាភាសាខ្មែរ និងអង់គ្លេស សូមផ្តិតឯកសារបន្ថែមនេះ ប្រយោជន៍ឲ្យអ្នកមានសេចក្តីណែនាំ និងក្រដាសបំពេញទំនេរពីរ នៅមុខអ្នក។ ត្រូវធ្វើតាមសេចក្តីណែនាំ និងបំពេញក្រដាសបំពេញទាំងពីរ ដោយមានព័ត៌មានដូចគ្នា និងមានកាលបរិច្ឆេទដូចគ្នា។ ជាដំបូង ត្រូវបំពេញក្រដាសបំពេញជាភាសាខ្មែរ រួចហើយក៏ចុះហត្ថលេខា និងកាលបរិច្ឆេទ នៅមុខសាក្សីពីរនាក់ ដែលក៏នឹងចុះហត្ថលេខា និងកាលបរិច្ឆេទ បន្ទាប់ពីអ្នក។ ជាបន្ទាប់មកទៀត ត្រូវបំពេញក្រដាសបំពេញជាភាសាអង់គ្លេស ដោយមានព័ត៌មាន និងមានកាលបរិច្ឆេទដូចគ្នា រួចហើយក៏ចុះហត្ថលេខា និងកាលបរិច្ឆេទ នៅមុខសាក្សីពីរនាក់ ដែលក៏នឹងចុះហត្ថលេខា និងកាលបរិច្ឆេទ បន្ទាប់ពីអ្នក។

1. ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានរបស់អ្នក

សរសេរឈ្មោះរបស់អ្នកឲ្យច្បាស់ ក្នុងកន្លែងចំហទំនេរ។ សរសេរអាសយដ្ឋានរបស់អ្នកឲ្យច្បាស់ ។

2. ភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំគឺ:

សរសេរឈ្មោះ អាសយដ្ឋាន និងលេខទូរស័ព្ទ នៃភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ជាអក្សរពុម្ព។

- ជ្រើសរើសមនុស្សម្នាក់ដែលអ្នកទុកចិត្ត ដើម្បីធ្វើការសំរេចថែទាំសុខភាពសំរាប់អ្នក ដោយយោងទៅលើការជ្រើសរើស តម្លៃ និងជំនឿរបស់អ្នក បើអ្នកមិនអាចធ្វើការសំរេច ឬប្រាស្រ័យទាក់ទងបានដោយខ្លួនឯងបាន;
- ភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក និងភ្នាក់ងារផ្សេងទៀត មិនអាចជាមនុស្សដែលជាអ្នកប្រតិបត្តិការ អ្នកគ្រប់គ្រង ឬជានិយោជិត នៅក្នុងមន្ទីរដែលអ្នករស់នៅឡើយនោះទេ ឬជាអ្នកមូលដ្ឋាន ឬបានដាក់ពាក្យសុំការអនុញ្ញាតឲ្យចូលឡើយ លុះត្រាតែគេជាប់សាច់ញាតិទៅនឹងអ្នក តាមរយៈសាច់ឈាម អាពាហ៍ពិពាហ៍ ឬការចិញ្ចឹមជាកូន។

3. ភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតរបស់ខ្ញុំ:

សរសេរឈ្មោះ អាសយដ្ឋាន និងលេខទូរស័ព្ទ នៃភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតរបស់អ្នក ជាអក្សរពុម្ព។

- ជ្រើសរើសមនុស្សម្នាក់ដែលអ្នកទុកចិត្ត ដើម្បីធ្វើការសំរេចថែទាំសុខភាព បើភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកមិនទំនេរ នឹងសុខចិត្ត ឬមានសមត្ថភាពដើម្បីបំរើ ឬមិនរំពឹងថាអាចធ្វើការសំរេចដោយរួសរាន់បាន។

4. អាជ្ញានៃភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំ:

នេះគឺជាកន្លែងដែលអ្នកឲ្យអាជ្ញា ឬអំណាចទៅភ្នាក់ងាររបស់អ្នក ដើម្បីធ្វើការសំរេចសំរាប់អ្នក។

- បើអ្នកចង់ឲ្យភ្នាក់ងាររបស់អ្នក ធ្វើការសំរេចទាំងអស់ នៅក្នុងស្ថានភាពណាមួយ គ្រាន់តែទុកកន្លែងនេះឲ្យទំនេរ។
- បើមានការសំរេចអ្វីមួយ ដែលអ្នកមិនចង់ឲ្យភ្នាក់ងាររបស់អ្នក ដើម្បីធ្វើការសំរេច ឬដើម្បីផ្តល់សេចក្តីណែនាំអ្វីមួយ ត្រូវសរសេរកំរិតចំពោះអាជ្ញា ឬសេចក្តីណែនាំ ក្នុងកន្លែងចំហទំនេរដែលបានផ្តល់ឲ្យ។

@ 2015 Honoring Choices Massachusetts (HCM). HCM Health Care Proxy (Khmer) April 2015

ឯកសារនេះ គឺជាការបកប្រែនូវ សេចក្តីណែនាំ និងក្រដាសបំពេញ សិទ្ធិថែទាំសុខភាព (Health Care Proxy Instructions and Form) នៃ Honoring Choices Massachusetts (HCM)។ យើងយល់ព្រមផ្តល់ការអនុញ្ញាត ដើម្បីផលិតឯកសារនេះជាភាសាខ្មែរ ជាទាំងស្រុង ដរាបណាបានបង្ហាញប្រភពដើម និងសេចក្តីនៅបាតទំព័រ។ ក្នុងខណៈការខំប្រឹងប្រែងបានធ្វើអស់ពីសមត្ថភាព ដើម្បីផ្តល់ការបកប្រែឲ្យបានត្រឹមត្រូវ និងសព្វគ្រប់គ្រងតែ Honoring Choices Massachusetts មិនសន្យាថាព័ត៌មាន ឬការបកប្រែ គ្មានការខុសទាស់សោះឡើយ ហើយក៏មិនទទួលខុសត្រូវសំរាប់ផលវិបាកអ្វីមួយ ដែលកើតឡើងពីការពឹងពាក់លើឯកសារនេះ និងសូមប្រកែកជាដាច់ខាត ពីភាពទទួលខុសត្រូវទាំងអស់ សំរាប់ការប្តឹងផ្តល់អ្វីមួយដែលបានធ្វើដោយជនណាម្នាក់។

Honoring Choices Massachusetts សេចក្តីណែនាំ និងក្រដាសបំពេញ សិទ្ធិថែទាំសុខភាព រដ្ឋម៉ាសាឈូសេត

5. ហត្ថលេខា និងកាលបរិច្ឆេទ:

ចុះហត្ថលេខាលើឈ្មោះពេញរបស់អ្នក នៅមុខសាក្សីជាមនុស្សពេញវ័យពីរនាក់ ដែលក៏នឹងចុះហត្ថលេខាបន្ទាប់អ្នក។ សរសេរកាលបរិច្ឆេទឲ្យបានច្បាស់។

- អ្នកអាចមានជនណាម្នាក់ ចុះហត្ថលេខាលើឈ្មោះរបស់អ្នក តាមការណែនាំរបស់អ្នក នៅមុខសាក្សីពីរនាក់។

6. សេចក្តីថ្លែង និងហត្ថលេខារបស់សាក្សី:

មនុស្សពេញវ័យណាម្នាក់ដែលមានសមត្ថភាព អាចធ្វើជាសាក្សីបាន លើកលែងតែភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាព និងភ្នាក់ងារផ្សេងទៀតរបស់អ្នក។

- មនុស្សពេញវ័យពីរនាក់ ត្រូវតែមានវត្តមានជាសាក្សី នៅពេលបានចុះហត្ថលេខាលើឯកសារនេះ។ គេមើលអ្នកក្នុងខណៈអ្នកចុះហត្ថលេខាលើឯកសារនេះ ឬក្នុងខណៈជនម្នាក់ទៀតចុះហត្ថលេខាតាមការណែនាំរបស់អ្នក រួចហើយក៏ចុះហត្ថលេខាបន្ទាប់ពីអ្នក ដើម្បីថ្លែងថាអ្នកមានអាយុយ៉ាងតិចបំផុត 18 ឆ្នាំ មានស្មារតីល្អ ហើយក៏មិននៅក្រោមការឃាត់ឃាំង ឬនៅក្រោមអានុភាពនៃជនណាម្នាក់ឡើយ។
- ឲ្យសាក្សីទីមួយចុះហត្ថលេខា បន្ទាប់មកក៏សរសេរឈ្មោះរបស់គាត់ជាអក្សរពុម្ព និងចុះកាលបរិច្ឆេទ;
- ជាបន្ទាប់មក ឲ្យសាក្សីទីពីរចុះហត្ថលេខា និងសរសេរឈ្មោះរបស់គាត់ជា អក្សរពុម្ពឲ្យច្បាស់ និងចុះកាលបរិច្ឆេទ។

7. សេចក្តីថ្លែងនៃភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាព: (តាមជំរើសចិត្ត)

ផ្នែកនេះមិនបានតម្រូវទេ ប៉ុន្តែអាចជួយវេជ្ជបណ្ឌិត និងគ្រួសាររបស់អ្នក ឲ្យដឹងថាភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពដែលអ្នកបានតែងតាំងបានទទួល យកមុខតំណែងនេះ។ ដើម្បីប្រើផ្នែកនេះបាន សូមឲ្យភ្នាក់ងាររបស់អ្នកចុះហត្ថលេខា និងកាលបរិច្ឆេទក្នុងកន្លែងចំហដែលបានផ្តល់ឲ្យ។

- សារៈសំខាន់៖ បំពេញក្រដាសបំពេញ ទាំងភាសាខ្មែរ និងអង់គ្លេស នៅពេលព្រមគ្នា។ ធ្វើឲ្យប្រាកដថាក្រដាសបំពេញទាំងពីរ មានព័ត៌មានដូចគ្នាសុទ្ធសាធ ទាំងបានចុះហត្ថលេខា កាលបរិច្ឆេទ និងបានធ្វើសាក្សី។ ថតចម្បង និងឲ្យទៅភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកមួយសំណៅ និងឲ្យទៅវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកមួយសំណៅ ដើម្បីដាក់នៅក្នុងកំណត់ត្រាពេទ្យរបស់អ្នក។

@ 2015 Honoring Choices Massachusetts (HCM). HCM Health Care Proxy (Khmer) April 2015

ឯកសារនេះ គឺជាការបកប្រែនូវ សេចក្តីណែនាំ និងក្រដាសបំពេញ សិទ្ធិថែទាំសុខភាព (Health Care Proxy Instructions and Form) នៃ Honoring Choices Massachusetts (HCM)។ យើងយល់ព្រមផ្តល់ការអនុញ្ញាត ដើម្បីផលិតឯកសារនេះជាសាធារណៈ ជាទាំងស្រុង ដរាបណាបានបង្ហាញប្រភពដើម និងសេចក្តីនៅបាតទំព័រ។ ក្នុងខណៈការខំប្រឹងប្រែងបានធ្វើអស់ពីសមត្ថភាព ដើម្បីផ្តល់ការបកប្រែឲ្យបានត្រឹមត្រូវ និងសព្វគ្រប់គង់តែ Honoring Choices Massachusetts មិនសន្យាថាព័ត៌មាន ឬការបកប្រែ គ្មានការខុសទាស់សោះឡើយ ហើយក៏មិនទទួលខុសត្រូវសំរាប់ផលវិបាកអ្វីមួយ ដែលកើតឡើងពីការពឹងពាក់លើឯកសារនេះ និងសូមប្រកែកជាដាច់ខាត ពីភាពទទួលខុសត្រូវទាំងអស់ សំរាប់ការប្តឹងផ្តល់អ្វីមួយដែលបានធ្វើដោយជនណាម្នាក់។

សិទ្ធិថែទាំសុខភាព រដ្ឋម៉ាសាឈូសេត

1. ខ្ញុំឈ្មោះ: _____ អាសយដ្ឋាន: _____
សូមតែងតាំងមនុស្សនៅខាងក្រោម ដើម្បីធ្វើជាភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំ ដោយមានអាជ្ញាដើម្បីធ្វើការសំរេចថែទាំសុខភាពជំនួស
ខ្ញុំ។ អាជ្ញានេះក្លាយជាមានប្រសិទ្ធិភាព បើវេជ្ជបណ្ឌិតដែលព្យាបាលខ្ញុំ សំរេចជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ថាខ្ញុំខ្វះសមត្ថភាព ដើម្បីធ្វើការ
សំរេច ឬប្រាស្រ័យទាក់ទង អំពីការសំរេចថែទាំសុខភាពដោយខ្លួនឯងបាន ស្របតាមជំពូក 201D នៃច្បាប់ទូទៅរដ្ឋម៉ាសាឈូសេត។

2. ភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំគឺ:
ឈ្មោះ: _____ អាសយដ្ឋាន: _____
ទូរស័ព្ទ: _____; _____; _____

3. ភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតរបស់ខ្ញុំ
បើភ្នាក់ងាររបស់ខ្ញុំមិនទំនេរ នឹងសុខចិត្ត ឬមានសមត្ថភាព ឬមិនរំពឹងថាអាចធ្វើការសំរេចដោយរួសរាន់បាន ខ្ញុំសូមតែងតាំង:
ឈ្មោះ: _____ អាសយដ្ឋាន: _____
ទូរស័ព្ទ: _____; _____; _____

4. អាជ្ញានៃភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំ
ខ្ញុំឲ្យភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំ នូវអាជ្ញាដូចគ្នា ដែលខ្ញុំត្រូវធ្វើការសំរេចថែទាំសុខភាពអ្វីមួយ និងទាំងអស់ រួមទាំងការសំរេចពីការព្យាបាល
ទ្រទ្រង់ជីវិត លើកលែងតែ (ចុះរាយកំរិតចំពោះអាជ្ញា ឬផ្តល់សេចក្តីណែនាំ បើសិនមាន): _____

_____ ។
ខ្ញុំអនុញ្ញាតឲ្យភ្នាក់ងាររបស់ខ្ញុំ ធ្វើការសំរេចថែទាំសុខភាព ដោយយោងលើការប៉ាន់ប្រមាណរបស់គាត់ នូវការជ្រើសរើស តម្លៃ និងជំនឿរបស់ខ្ញុំ
បើបានដឹង ព្រមទាំងចំណង់ល្អបំផុតរបស់ខ្ញុំ បើមិនបានដឹង។ ខ្ញុំឲ្យភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំ នូវសិទ្ធិដូចគ្នា ដែលខ្ញុំត្រូវប្រើ និងបើក
សំដែងនូវព័ត៌មានសុខភាពរបស់ខ្ញុំ និងកំណត់ត្រាពេទ្យ ដូចបានគ្រប់គ្រងដោយ ក្រឹត្យការធានារ៉ាប់រងសុខភាពចល័ត និងការទទួលបាន
(Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) នៃឆ្នាំ 1996, 42 U.S.C. 1320d។ ការថតចម្លងនូវសិទ្ធិ
ថែទាំសុខភាពនេះ មានអំណាច និងមានប្រសិទ្ធិភាពដូចគ្នានឹងច្បាប់ដើម។

5. ហត្ថលេខា និងកាលបរិច្ឆេទ។ ខ្ញុំចុះហត្ថលេខាឈ្មោះរបស់ខ្ញុំ និងចុះកាលបរិច្ឆេទលើសិទ្ធិថែទាំសុខភាពនេះ នៅមុខសាក្សីពីរនាក់។
ចុះហត្ថលេខា _____ កាលបរិច្ឆេទ _____

6. សេចក្តីថ្លែង និងហត្ថលេខារបស់សាក្សី (បានតម្រូវ)
យើងខ្ញុំ ដែលបានចុះហត្ថលេខានៅខាងក្រោម បានធ្វើសាក្សីនៃការចុះហត្ថលេខាលើឯកសារនេះដោយ ឬតាមការណែនាំរបស់ហត្ថលេខី
នៅខាងលើ និងថ្លែងថាហត្ថលេខីឃើញដូចជាមានអាយុយ៉ាងតិចបំផុត 18 ឆ្នាំ មានស្មារតីល្អ ហើយក៏មិននៅក្រោមការឃាត់ឃាំង ឬនៅ
ក្រោមអានុភាពនៃជនណាម្នាក់ឡើយ។ គ្មានអ្នកណាមួយនៃពួកយើង គឺជាភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាព ឬភ្នាក់ងារផ្សេងទៀតទេ។

សាក្សីទីមួយ	សាក្សីទីពីរ
ចុះហត្ថលេខា: _____	ចុះហត្ថលេខា: _____
សរសេរឈ្មោះ: ជាអក្សរពុម្ព: _____	សរសេរឈ្មោះ: ជាអក្សរពុម្ព: _____
កាលបរិច្ឆេទ: _____	កាលបរិច្ឆេទ: _____

7. សេចក្តីថ្លែងនៃភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាព (តាមជំរើសចិត្ត):
ខ្ញុំបានអានឯកសារនេះ ដោយប្រិតប្រៀង និងទទួលយកការតែងតាំង។
ភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាព _____ កាលបរិច្ឆេទ _____
ភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត _____ កាលបរិច្ឆេទ _____

Massachusetts Health Care Proxy

1. I, _____ Address: _____,

appoint the following person to be my Health Care Agent with the authority to make health care decisions on my behalf. This authority becomes effective if my attending physician determines in writing that I lack the capacity to make or communicate health care decisions myself, according to Chapter 201D of the General Laws of Massachusetts.

2. My Health Care Agent is:

Name: _____ Address: _____

Phone(s): _____; _____; _____

3. My Alternate Health Care Agent

If my Agent is not available, willing or competent, or not expected to make a timely decision, I appoint:

Name: _____ Address: _____

Phone(s): _____; _____; _____

4. My Health Care Agent's Authority

I give my Health Care Agent the same authority I have to make any and all health care decisions including life-sustaining treatment decisions, except (list limits to authority or give instructions, if any):

_____.

I authorize my Health Care Agent to make health care decisions based on his or her assessment of my choices, values and beliefs if known, and in my best interest if not known. I give my Health Care Agent the same rights I have to the use and disclosure of my health information and medical records as governed by the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA), 42 U.S.C. 1320d. Photocopies of this Health Care Proxy have the same force and effect as the original.

5. **Signature and Date.** I sign my name and date this Health Care Proxy in the presence of two witnesses.

SIGNED _____ **DATE** _____

6. Witness Statement and Signature (Required)

We, the undersigned, have witnessed the signing of this document by or at the direction of the signatory above and state the signatory appears to be at least 18 years old, of sound mind and under no constraint or undue influence. Neither of us is the health care agent or alternate agent.

Witness One

Signed: _____

Print Name: _____

Date: _____

Witness Two

Signed: _____

Print Name: _____

Date: _____

7. Health Care Agent Statement (Optional):

We have read this document carefully and accept the appointment.

Health Care Agent _____ Date _____

Alternate Health Care Agent _____ Date _____