

Wishes for Health Care: Short Form¹ • Minnesota Health Care²
ບາດຖະຫນາສຳລັບການດູແລສຸຂະພາບ: ຟອມສັ້ນ • ການດູແລສຸຂະພາບ ມິນິໂຊຕາ

See other side for complete directions
ເບິ່ງທິດທາງຫລັງສຳລັບຂໍ້ສະແດງຄວາມສະຫລັບ

Full Name: _____ Date of birth: _____
ຊື່ແລະນາມສະກຸນ ວັນເດືອນປີເກີດ

1. **I appoint the following person to serve as my primary (main) health care agent.** This person will make health care decisions for me if I cannot communicate or make these decisions myself:

ຂ້ອຍແຕ່ງຕັ້ງບຸກຄົນດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ເປັນຕົວແທນການດູແລສຸຂະພາບຕົນຕໍ່ (ຫຼັກ) ຂອງຂ້ອຍ. ບຸກຄົນນີ້ຈະເປັນຜູ້ມີການ ດັດສິນໃຈສຳລັບການດູແລສຸຂະພາບຂອງຂ້ອຍ ຖ້າຂ້ອຍ ບໍ່ສາມາດສື່ສານ ຫຼື ດັດສິນໃຈເຖິງມັນດ້ວຍຕົນເອງ:

Name _____ Relationship _____
ຊື່ ການສຳພັນ

Cell phone _____ Other phone _____
ໂທລະສັບມືຖື ໂທລະສັບອື່ນ

(Optional): **I appoint this person as my alternate health care agent** in the event my first health care agent is not available.
(ທາງເລືອກ): **ຂ້ອຍແຕ່ງຕັ້ງບຸກຄົນນີ້ເປັນຕົວແທນການດູແລສຸຂະພາບສຳຮອງຂອງຂ້ອຍ** ໃນກໍລະນີທີ່ຕົວແທນການດູແລສຸຂະພາບຂອງຂ້ອຍບໍ່ມີຢູ່:

Name _____ Relationship _____
ຊື່ ການສຳພັນ

Cell phone _____ Other phone _____
ໂທລະສັບມືຖື ໂທລະສັບອື່ນ

2. (Optional): **I give the following instructions about my health care** (my values and beliefs, what I do and do not want, views about specific medical treatments or situations): *If you need more space, continue on other side*
(ທາງເລືອກ): **ຂ້ອຍໃຫ້ຄຳແນະນຳຕໍ່ໄປນີ້ກ່ຽວກັບການດູແລສຸຂະພາບຂອງຂ້ອຍ** (ຄຸນຄ່າແລະຄວາມເຊື່ອຂອງຂ້ອຍ, ສິ່ງທີ່ຂ້ອຍເຮັດ ແລະ ບໍ່ຕ້ອງການ, ທັດສະນະກ່ຽວກັບການປິ່ນປົວທາງການແພດສະເພາະຫຼືສະຖານະການ): ຖ້າຕ້ອງການພື້ນທີ່ຂຽນຕໍ່, ຂຽນໄດ້ທາງຫລັງເຈ້ຍນີ້

Signature _____ Date _____
ລາຍເຊັນ ວັນທີ

Notary Public in the State of Minnesota
ການຮັບຮອງສາທາລະນະ ໃນລັດ ມິນິໂຊຕາ

County of _____
ເຂດປົກຄອງ

In my presence on _____ (date), _____ (name)
ໃນທີ່ປະທັບຂອງຂ້າພະເຈົ້າກ່ຽວກັບ _____ ວັນທີ _____ ຊື່ _____

acknowledged his or her signature on this document, or acknowledged that he or she authorized the person signing this document to sign on his or her behalf _____
ຮັບຮູ້ວ່າລາຍເຊັນຂອງລາວທັງສອງໃນເອກະສານນີ້, ຫຼື ຮັບຮູ້ວ່າລາວທັງສອງອະນຸຍາດໃຫ້ຜູ້ທີ່ເຊັນເອກະສານນີ້ ລົງນາມໃນເອກະສານນີ້

Signature of Notary _____
ລາຍເຊັນຂອງຮັບຮອງ

My commission expires _____ (date)
ຄະນະການຮັບຮອງຂ້ອຍຫມົດກຳນົດເວລາ _____ ວັນທີ _____

OR Statement of Witnesses
ຫຼື ຄຳຖະແຫຼງຂອງພະຍານ

Witness 1 _____ Witness 2 _____
ພະຍານ 1 ພະຍານ 2

Print Name: _____ Print Name: _____
ຂຽນຊື່: _____ ຂຽນຊື່: _____

(Witnesses must be 18 years of age or older and cannot be your primary or alternate health care provider or an employee of your health care provider.)
ພະຍານຄົນໜຶ່ງບໍ່ສາມາດເປັນຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຂອງເຈົ້າ ຫຼື ເປັນພະນັກງານຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ດູແລສຸຂະພາບຂອງເຈົ້າໄດ້

¹ A long form is available if you wish to more fully describe your health care wishes.
ຟອມຍາວແມ່ນມີໃຫ້ຖ້າທ່ານຕ້ອງການອະທິບາຍຄວາມປາດຖະໜາໃນການດູແລສຸຂະພາບຂອງທ່ານໃຫ້ຄົບຖ້ວນກວ່າ

² This document will not apply to any intrusive mental health treatments (electroconvulsive therapy or neuroleptic medications).
ເອກະສານນີ້ບໍ່ໄດ້ໃຊ້ກັບການປິ່ນປົວຄົນສຸຂະພາບລັບກວນສະໝອງ (ກຽດກັບການໃຊ້ໄຟຟ້າຊີວິດສະໝອງ ຫຼື ໃຊ້ຢາປົວພະຍາດລັບກວນສະໝອງ).

Honoring Choices Minnesota is an initiative of the Twin Cities Medical Society. www.metrodoctors.com 612M 362M 3704 XF5426 03/17 Page 1 of 2
ການໃຫ້ກຽດມີທາງເລືອກເປັນການລິເວນຂອງສະມາຄົມການແພດເມັດສົງຄາມມິນິໂຊຕາ. www.metrodoctors.com 612M 362M 3704 XF5426 03/17 Page 1 of 2

Do I have to complete this Health Care Directive?

ຂ້ອຍຕ້ອງເຮັດການດູແລສຸຂະພາບນີ້ບໍ່?

No. You may complete it today or at a later date, or you can decline to complete it. However, completing this form will help make sure you get the care you want. Putting your choices in writing helps loved ones know if they're doing what you want. ເຈົ້າອາດຈະເຮັດສໍາເລັດມັນໃນມື້ນີ້ ຫຼືໃນພາຍຫຼັງ, ຫຼືທ່ານສາມາດປະຕິເສດທີ່ຈະເຮັດສໍາເລັດມັນ. ຢ່າງໃດກໍຕາມ, ການຕື່ມແບບຟອມນີ້ຈະຊ່ວຍໃຫ້ແນ່ໃຈ ວ່າເຈົ້າໄດ້ຮັບການດູແລທີ່ທ່ານຕ້ອງການ. ການວາງການເລືອກຂອງເຈົ້າເປັນລາຍລັກອັກສອນຈະຊ່ວຍໃຫ້ຄົນຮັກຮູ້ວ່າເຂົາເຈົ້າເຮັດສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງການຫຼືບໍ່

What information am I being asked for?

Question 1: This question is about your health care "agent." Your agent is someone you choose to speak and make care decisions for you if you cannot. Consider naming a family member or friend who knows you well and understands values. **Showing your agent this document and talking about it with him or her is important.** Make extra copies to share with your health care agent, health care providers, and other important people in your values. **Showing your agent this document and talking about it with him or her is important.** Make extra copies to share with your health care agent, health care providers, and other important people in your life.

ຂ້ອຍຖືກຖາມຫາຂໍ້ມູນຫຍັງ?

ຄໍາຖາມທີ 1: ຄໍາຖາມນີ້ແມ່ນກ່ຽວກັບການດູແລສຸຂະພາບຂອງເຈົ້າ "ຕົວແທນ." ຕົວແທນຂອງເຈົ້າແມ່ນຄົນທີ່ເຈົ້າເລືອກທີ່ຈະເວົ້າແລະສ້າງການຕັດສິນໃຈການດູແລສໍາລັບເຈົ້າຖ້າຫາກວ່າເຈົ້າບໍ່ສາມາດ. ພິຈາລະນາການຕັ້ງຊື່ສະມາຊິກຄອບຄົວຫຼືຫມູ່ເພື່ອນທີ່ຮູ້ຈັກດີແລະເຂົ້າໃຈຄຸນຄ່າຂອງເຈົ້າ. **ເອົາເອກະສານໃຫ້ຕົວແທນຂອງເຈົ້າໃດໜຶ່ງແລະການເວົ້າກ່ຽວກັບມັນກັບລາວຫຼືນາງແມ່ນຄວາມສໍາຄັນ.** ເຮັດສໍາເລັດເພີ່ມເຕີມເພື່ອແບ່ງປັນກັບຕົວແທນການດູແລສຸຂະພາບຂອງເຈົ້າ, ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດູແລສຸຂະພາບ, ແລະບຸກຄົນທີ່ສໍາຄັນອື່ນໆໃນຄຸນຄ່າຂອງເຈົ້າ. **ການສະແດງຕົວແທນຂອງເຈົ້າເອກະສານນີ້ແລະເວົ້າກ່ຽວກັບມັນກັບລາວຫຼືນາງແມ່ນສໍາຄັນ.** ສ້າງສໍາເລັດເພີ່ມເຕີມເພື່ອແບ່ງປັນກັບຕົວແທນການດູແລສຸຂະພາບຂອງເຈົ້າ, ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ, ແລະບຸກຄົນທີ່ສໍາຄັນອື່ນໆ ໃນຊີວິດຂອງເຈົ້າ.

Question 2 (Optional): This question is about health care and other wishes you may have. You may be as specific or general as you like. You may include:

ຄໍາຖາມທີ 2 (ທາງເລືອກ): ຄໍາຖາມນີ້ແມ່ນກ່ຽວກັບການດູແລສຸຂະພາບແລະຄວາມປາດຖະໜາອື່ນໆທີ່ເຈົ້າອາດຈະມີ. ເຈົ້າອາດຈະຖາມເປັນສະເພາະ ຫຼືທົ່ວໄປຕາມທີ່ ເຈົ້າຕ້ອງການ. ເຈົ້າອາດຈະລວມຄື:

- your goals, values, and preferences about medical ບົາໝາຍ, ຄຸນຄ່າ, ແລະຄວາມມັກຂອງເຈົ້າກ່ຽວກັບການແພດ
- the types of medical treatment you would want or not ປະເພດຂອງການປິ່ນປົວທາງການແພດທີ່ເຈົ້າຕ້ອງການຫຼືບໍ່
- how you want your agent or agents to decide ເຈົ້າຕ້ອງການໃຫ້ຕົວແທນຫຼືຕົວແທນຂອງເຈົ້າຕັດສິນໃຈແນວໃດ
- where you would like to receive care (such as at home or a hospital) ບ່ອນທີ່ທ່ານຕ້ອງການທີ່ຈະໄດ້ຮັບການດູແລ (ຄືວ່າທີ່ເຮືອນຫຼືໂຮງໝໍ)
- whether or not you would like to donate your organs, tissues, and eyes ບໍ່ວ່າເຈົ້າຈະຫຼືເຈົ້າບໍ່ຢາກລົງຈອກອະໄວຍະວະ, ແຜວຈຸດ, ແລະຕາຂອງເຈົ້າ

Notary Public or Witnesses

ການຮັບຮອງສາທາລະນະເຫຼືອພະຍານ

A notary public or 2 witnesses must verify your signature on this Health Care Directive. The witnesses must be 18 years of age or older, and cannot be your primary or alternate health care agent. At least one witness cannot be your health care provider or an employee of your health care provider.

ການຮັບຮອງສາທາລະນະ ຫຼື 2 ພະຍານຕ້ອງຍິນລາຍເຊັນຂອງເຈົ້າໃນຄໍາສັ່ງການດູແລສຸຂະພາບນີ້. ພະຍານຕ້ອງມີອາຍຸ 18 ປີຫຼືສູງກວ່າ, ແລະບໍ່ສາມາດເປັນຕົວແທນການດູແລສຸຂະພາບຕົນຕໍ່ ຫຼືທາງເລືອກອື່ນຂອງເຈົ້າໄດ້. ຢ່າງໜ້ອຍມີພະຍານໜຶ່ງຄົນບໍ່ສາມາດເປັນຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດູແລສຸຂະພາບຂອງເຈົ້າໄດ້ຫຼືພະນັກງານຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດູແລສຸຂະພາບຂອງເຈົ້າ.

What should I do after I complete this Health Care Directive?

ຂ້ອຍຄວນເຮັດແນວໃດຫຼັງຈາກທີ່ຂ້ອຍເຮັດສໍາເລັດຄໍາສັ່ງກ່ຽວກັບການດູແລສຸຂະພາບ

Tell the people you named as your primary and alternate health care agents, if you have not already done so. Make sure they feel able to do this important job for you in the future. Give a copy of your health care directive to your health care provider.

Keep additional copies for your records and to share with your health care agents and family or others as you wish.

ບອກຄົນທີ່ທ່ານຕັ້ງຊື່ເປັນຕົວແທນການດູແລສຸຂະພາບຂັ້ນຕົ້ນແລະສໍາຮອງຂອງເຈົ້າ, ຖ້າເຈົ້າຍັງບໍ່ໄດ້ເຮັດແນວນັ້ນ. ໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າພວກເຂົາຮູ້ສຶກວ່າສາມາດເຮັດວຽກທີ່ສໍາຄັນນີ້ສໍາລັບເຈົ້າໃນອະນາຄົດ. ໃຫ້ສໍາເລັດຄຳແນະນໍາການດູແລສຸຂະພາບຂອງທ່ານໃຫ້ກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດູແລສຸຂະພາບຂອງເຈົ້າ. ຕົກຮັກສາສໍາເລັດເພີ່ມເຕີມສໍາລັບບັນທຶກຂອງທ່ານແລະແບ່ງປັນກັບຕົວແທນການດູແລສຸຂະພາບຂອງທ່ານແລະຄອບຄົວຫຼືຄົນອື່ນຕາມທີ່ທ່ານຕ້ອງການ.

Who can I talk with if I have questions?

ຂ້ອຍສາມາດລົມກັບໃຜຖ້າຂ້ອຍມີຄໍາຖາມ?

Your health care provider can answer your questions or concerns. He or she may refer you to an Advance Care Planning Facilitator for help.

ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຂອງທ່ານສາມາດຕອບຄໍາຖາມຫຼືຄວາມກັງວົນໃຈຂອງທ່ານ. ລາວອາດຈະສົ່ງທ່ານໄປຫາການວາງແຜນການດູແລວ່າງໜ້າຜູ້ອໍານວຍຄວາມສະດວກສໍາລັບການຊ່ວຍເຫຼືອ.

Use the space below to continue your wishes about your health care (question 2 from front page), or to add comments.

ໃຊ້ພື້ນທີ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້ເພື່ອສືບຕໍ່ຄວາມປາດຖະໜາກ່ຽວກັບການແລະສຸຂະພາບຂອງທ່ານ (ຄໍາຖາມທີ 2 ຈາກຫນ້າຫນ້າ), ຫຼືເພື່ອເພີ່ມຄໍາເຫັນ