EMORY HEALTHCARE

GEORGIA ADVANCE DIRECTIVE FOR HEALTH CARE
VIETNAMESE TRANSLATIONS
/9oMẪU CHỈ THỊ TRƯỚC VỀ CHĂM SÓC SỨC KHỎE CỦA BANG GEORGIA

By/Bởi: _____ Date of Birth/Ngày sinh: _____
Print Name/Tên viết in hoa: (Month/Day/Yeah Tháng/Ngày/Năm)

Chỉ thị trước về chăm sóc sức khỏe này có bốn phần:

PART ONE/PHẦN MỘT HEALTH CARE AGENT/NGƯỜI ĐẠI DIỆN CHĂM SÓC SỨC KHỎE. *Phần này cho phép quý vị lựa chọn một cá nhân để đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho quý vị khi quý vị không thể (hoặc không muốn) đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho chính mình. Người mà quý vị lựa chọn được gọi là người đại diện chăm sóc sức khỏe. Người đại diện chăm sóc sức khỏe có thể đưa ra quyết định liên quan đến việc khám nghiệm tử thi, hiến tặng nội tạng, hiến tặng cơ thể và xử lý thi thể thay quý vị sau khi quý vị qua đời. Quý vị nên trao đổi với người đại diện chăm sóc sức khỏe của mình về vai trò quan trọng này.*

PART TWO/PHẦN HAI TREATMENT PREFERENCES/ƯU TIÊN ĐIỀU TRỊ. *Phần này cho phép quý vị đưa ra các ưu tiên điều trị nếu quý vị mắc bệnh nan y hoặc nếu quý vị trong tình trạng hôn mê. PHẦN HAI sẽ chỉ có hiệu lực nếu quý vị không thể truyền đạt các ưu tiên điều trị của mình. Chúng tôi sẽ thực hiện những nỗ lực hợp lý và phù hợp để truyền đạt cho quý vị về các ưu tiên điều trị của quý vị trước khi PHẦN HAI có hiệu lực. Quý vị nên trao đổi với gia đình và những người thân thiết về các ưu tiên điều trị của mình.*

PART THREE/PHẦN BA GUARDIANSHIP/QUYỀN GIÁM HỘ. *Phần này cho phép quý vị chỉ định một cá nhân làm người giám hộ của mình nếu cần.*

PART FOUR/PHẦN BỐN EFFECTIVENESS AND SIGNATURES/HIỆU LỰC VÀ CHỮ KÝ. *Phần này yêu cầu chữ ký của quý vị và chữ ký của hai người làm chứng. Quý vị phải hoàn thành PHẦN BỐN nếu quý vị điền vào bất kỳ phần nào khác của biểu mẫu này.*

Quý vị có thể điền vào bất kỳ hoặc tất cả ba phần đầu tiên được liệt kê ở trên. Quý vị phải điền vào PHẦN BỐN của biểu mẫu này để biểu mẫu này có hiệu lực.

Quý vị nên đưa một bản sao của biểu mẫu đã hoàn thành này cho những người có thể cần, chẳng hạn như người đại diện chăm sóc sức khỏe, gia đình và bác sĩ của quý vị. Giữ một bản sao của biểu mẫu đã hoàn thành này tại nhà, ở nơi có thể dễ dàng tìm thấy khi cần. Xem lại biểu mẫu đã hoàn thành này định kỳ để đảm bảo rằng nó vẫn phản ánh ưu tiên của quý vị. Nếu ưu tiên của quý vị thay đổi, hãy hoàn thành bản chỉ thị trước về chăm sóc sức khỏe.mới.

Việc sử dụng biểu mẫu chỉ thị trước này cho mục đích chăm sóc sức khỏe là hoàn toàn không bắt buộc. Các biểu mẫu chỉ thị trước về chăm sóc sức khỏe khác có thể được sử dụng tại Georgia.

Quý vị có thể thu hồi biểu mẫu đã hoàn thành này bất kỳ lúc nào. Biểu mẫu đã hoàn thành này sẽ thay thế bất kỳ chỉ thị trước nào về chăm sóc sức khỏe, quyền ủy quyền chăm sóc sức khỏe lâu dài, ủy quyền chăm sóc sức khỏe hoặc di chúc sống mà quý vị đã hoàn thành trước khi hoàn thành biểu mẫu này.

PART ONE: HEALTH CARE AGENT/PHẦN MỘT: NGƯỜI ĐẠI DIỆN CHĂM SÓC SỨC KHỎE

[PHẦN MỘT sẽ có hiệu lực ngay cả khi PHẦN HAI chưa hoàn thành. Bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trực tiếp tham gia vào việc chăm sóc sức khỏe của quý vị không được làm người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị. Nếu quý vị đã kết hôn, việc ly hôn hoặc hủy hôn trong tương lai sẽ hủy bỏ việc lựa chọn bạn đời hiện tại của quý vị làm người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị. Nếu quý vị chưa kết hôn, việc kết hôn trong tương lai sẽ hủy bỏ việc lựa chọn đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị trừ khi người quý vị chọn làm đại diện chăm sóc sức khỏe của mình là bạn đời mới của quý vị.]

(1) HEALTH CARE AGENT/NGƯỜI ĐẠI DIỆN CHĂM SÓC SỨC KHỎE

Tôi chọn người sau đây làm người đại diện chăm sóc sức khỏe để đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho tôi:

Tên:_____

Địa chỉ:_____

Số điện thoại:_____
(Nhà, Cơ quan và Di động)

(2) BACK-UP HEALTH CARE AGENT/NGƯỜI ĐẠI DIỆN CHĂM SÓC SỨC KHỎE DỰ PHÒNG

*[**Mục này không bắt buộc.** PHẦN MỘT sẽ có hiệu lực ngay cả khi mục này để trống.]*

Nếu không thể liên lạc với người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi sau một khoảng thời gian thích hợp và nỗ lực liên hệ nhưng không thành công hoặc vì bất kỳ lý do nào mà người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi không có mặt hoặc không thể hoặc không muốn làm người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi, thì tôi sẽ chọn những người sau, theo thứ tự được nêu, làm người đại diện chăm sóc sức khỏe dự phòng của tôi:

Name/Tên:_____

Address/Địa chỉ:_____

Telephone/Số điện thoại:_____
(Home, Work, and Mobile/Nhà, Cơ quan và Di động)

Name/Tên:_____

Address/Địa chỉ:_____

Telephone/Số điện thoại:_____
(Home, Work, and Mobile/Nhà, Cơ quan và Di động)

(3) GENERAL POWERS OF HEALTH CARE AGENT/QUYỀN HẠN CHUNG CỦA NGƯỜI ĐẠI DIỆN CHĂM SÓC SỨC KHỎE

Người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi sẽ đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe thay tôi khi tôi không thể truyền đạt quyết định chăm sóc sức khỏe của mình hoặc tôi chọn để người đại diện chăm sóc sức khỏe của mình truyền đạt quyết định chăm sóc sức khỏe của mình.

Người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi sẽ có cùng thẩm quyền với tôi khi đưa ra bất kỳ quyết định chăm sóc sức khỏe nào. Thẩm quyền của người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi bao gồm quyền:

- Cho tôi nhập viện hoặc xuất viện khỏi bất kỳ bệnh viện, cơ sở điều dưỡng chuyên khoa, viện dưỡng lão hoặc cơ sở hoặc dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào;
- Yêu cầu, đồng ý, từ chối hoặc rút lại bất kỳ loại hình chăm sóc sức khỏe nào; và
- Ký hợp đồng với bất kỳ cơ sở chăm sóc sức khỏe hoặc dịch vụ nào cho tôi và tôi có nhiệm vụ phải trả tiền cho các dịch vụ này (và người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi sẽ không chịu trách nhiệm tài chính cho bất kỳ dịch vụ hoặc dịch vụ chăm sóc nào được ký cho tôi hoặc thay mặt tôi).

Người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi sẽ là đại diện cá nhân của tôi cho mọi mục đích của luật liên bang hoặc tiểu bang liên quan đến quyền riêng tư của bệnh án (bao gồm Đạo luật về Trách nhiệm giải trình và Cung cấp thông tin Bảo hiểm Y tế năm 1996) và sẽ có cùng quyền truy cập vào bệnh án của tôi như tôi và có thể tiết lộ nội dung bệnh án của tôi cho người khác cho mục đích chăm sóc sức khỏe dài hạn của tôi.

Người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi có thể đi cùng tôi trên xe cứu thương hoặc máy bay cứu thương nếu theo ý kiến của nhân viên cứu thương và quy định cho phép một hành khách và người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi có thể đến thăm hoặc tham vấn trực tiếp với tôi khi tôi ở trong bệnh viện, cơ sở điều dưỡng chuyên khoa, viện dưỡng lão hoặc cơ sở hoặc dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác nếu quy định cho phép thăm viếng.

Người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi có thể trình một bản sao của chỉ thị trước này để chăm sóc sức khỏe thay cho bản gốc và bản sao sẽ có cùng giá trị và hiệu lực như bản gốc.

Tôi hiểu rằng theo luật bang Georgia:

- Người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi có thể từ chối làm người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi;
- Tòa án có thể tước quyền của người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi nếu tòa thấy rằng người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi có hành động không đúng mực; và
- Người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi không có thẩm quyền đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho tôi liên quan đến phẫu thuật tâm thần, triệt sản hoặc điều trị hoặc nhập viện bắt buộc do bệnh tâm thần hoặc rối loạn cảm xúc, chậm phát triển trí tuệ hoặc nghiện ngập.

(4) GUIDANCE FOR HEALTH CARE AGENT/HƯỚNG DẪN CHO NGƯỜI ĐẠI DIỆN CHĂM SÓC SỨC KHỎE

Khi đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho tôi, người đại diện chăm sóc sức khỏe nên cân nhắc hành động nào sẽ phù hợp với những thảo luận trước đây của chúng tôi, ưu tiên điều trị của tôi như đã nêu trong PHẦN HAI (nếu tôi đã điền PHẦN HAI), niềm tin và giá trị tôn giáo và các giá trị khác của tôi và cách tôi xử lý các vấn đề y tế và các vấn đề quan trọng khác trong quá khứ. Nếu quyết định của tôi vẫn chưa rõ ràng thì người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi nên thay tôi đưa ra quyết định mà người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi tin là vì lợi ích tốt nhất của tôi, cân nhắc đến các lợi ích, gánh nặng và rủi ro của hoàn cảnh hiện tại và các lựa chọn điều trị của tôi.

(5) POWERS OF HEALTH CARE AGENT AFTER DEATH/QUYỀN HẠN CỦA NGƯỜI ĐẠI DIỆN CHĂM SÓC SỨC KHỎE SAU KHI TÔI CHẾT

(A) AUTOPSY/KHÁM TỬ THI

Người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi sẽ có quyền cho phép khám nghiệm tử thi của tôi trừ khi tôi đã hạn chế quyền hạn của người đại diện chăm sóc sức khỏe của mình bằng cách ký tắt bên dưới.

_____ (Initials/Ký tắt) My health care agent will not have the power to authorize an autopsy of my body (unless an autopsy is required by law)./Người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi sẽ không có quyền cho phép khám nghiệm tử thi của tôi (trừ khi luật pháp yêu cầu phải khám nghiệm tử thi).

(B) ORGAN DONATION AND DONATION OF BODY/HIẾN TẶNG VÀ HIẾN TẶNG CƠ THỂ

Người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi sẽ có thẩm quyền quyết định xử lý bất kỳ bộ phận nào hoặc toàn bộ cơ thể của tôi cho mục đích y tế theo Đạo luật Quà tặng Giải phẫu của bang Georgia, trừ khi tôi đã hạn chế thẩm quyền của người đại diện chăm sóc sức khỏe của mình bằng cách ký tắt bên dưới.

[Ký tắt mỗi tuyên bố mà quý vị muốn áp dụng.]

_____ (Initials/Ký tắt) My health care agent will not have the power to make a disposition of my body for use in a medical study program./Người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi sẽ không có thẩm quyền quyết định xử lý cơ thể của tôi để sử dụng cho mục đích nghiên cứu y khoa.

_____ (Initials/Ký tắt) My health care agent will not have the power to donate any of my organs./Người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi sẽ không có thẩm quyền hiến tặng bất kỳ cơ quan nội tạng nào của tôi.

(C) FINAL DISPOSITION OF BODY/XỬ LÝ HÀI CỐT

Người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi sẽ có thẩm quyền đưa ra quyết định về việc xử lý thi thể của tôi trừ khi tôi đã ký tắt bên dưới.

_____ (Initial/Ký tắt) I want the following person to make decisions about the final disposition of my body/Tôi muốn người sau đây đưa ra quyết định về việc xử lý thi thể tôi:

Name/Tên: _____

Address/Địa chỉ: _____

Telephone/Số điện thoại: _____
(Home, Work, and Mobile/Nhà, Cơ quan và Di động)

Tôi mong muốn thi thể tôi được:

_____ (Initials/Ký tắt) Buried/Chôn cất

HOẶC

_____ (Initials/Ký tắt) Cremated/Hỏa táng

PART TWO: TREATMENT PREFERENCES/PHẦN HAI: ƯU TIÊN ĐIỀU TRỊ

[PHẦN HAI sẽ chỉ có hiệu lực nếu quý vị không thể truyền đạt các ưu tiên điều trị của mình sau khi đã có những nỗ lực hợp lý và phù hợp để truyền đạt cho quý vị về các ưu tiên điều trị của quý vị. [PHẦN MỘT sẽ có hiệu lực ngay cả khi PHẦN HAI chưa hoàn thành. Nếu quý vị không chọn một người đại diện chăm sóc sức khỏe trong PHẦN MỘT, hoặc nếu người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị không có mặt, thì PHẦN HAI sẽ cung cấp thông tin về các ưu tiên điều trị cho bác sĩ và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của quý vị. Nếu quý vị đã chọn một người đại diện chăm sóc sức khỏe trong PHẦN MỘT, thì người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị sẽ có thẩm quyền đưa ra mọi quyết định chăm sóc sức khỏe cho quý vị liên quan đến các vấn đề được nêu trong PHẦN HAI. Người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị sẽ được hướng dẫn theo ưu tiên điều trị của quý vị và các yếu tố khác được mô tả trong Mục (4) của PHẦN MỘT.]

(6) CONDITIONS/TÌNH TRẠNG

PHẦN HAI sẽ có hiệu lực nếu tôi ở trong bất kỳ tình trạng nào sau đây:

[Ký tắt ở mỗi tình trạng mà bạn muốn PHẦN HAI có hiệu lực.]

_____ (Initials/Ký tắt) A terminal condition, which means I have an incurable or irreversible condition that will result in my death in a relatively short period of time./Bệnh nan y, có nghĩa là tôi mắc phải tình trạng bệnh không thể chữa khỏi hoặc không thể phục hồi, tình trạng bệnh này sẽ dẫn đến tử vong trong thời gian tương đối ngắn.

_____ (Initials/Ký tắt) A state of permanent unconsciousness, which means I am in an incurable or irreversible condition in which I am not aware of myself or my environment and I show no behavioral response to my environment./Hôn mê, có nghĩa là tôi đang trong tình trạng bệnh không thể chữa khỏi hoặc không thể phục hồi, khi đó tôi không nhận thức được bản thân hoặc môi trường xung quanh và tôi không có phản ứng hành vi nào với môi trường xung quanh.

Tình trạng bệnh của tôi sẽ được xác định bằng văn bản sau khi bác sĩ điều trị và một bác sĩ thứ hai khám trực tiếp theo các tiêu chuẩn y tế hiện hành.

(7) TREATMENT PREFERENCES/ƯU TIÊN ĐIỀU TRỊ

[Nêu ưu tiên điều trị của quý vị bằng cách ký tắt (A), (B) hoặc (C). Nếu quý vị chọn (C), hãy nêu ưu tiên điều trị bổ sung của quý vị bằng cách ký tắt một hoặc nhiều tuyên bố sau (C). Quý vị có thể cung cấp hướng dẫn bổ sung về ưu tiên điều trị của mình trong mục tiếp theo. Quý vị sẽ được chăm sóc giảm nhẹ, bao gồm giảm đau, nhưng quý vị cũng có thể nêu ưu tiên cụ thể của mình về giảm đau trong mục tiếp theo.]

Nếu tôi ở trong bất kỳ tình trạng nào mà tôi đã ký tắt trong Mục (6) ở trên và tôi không thể truyền đạt ưu tiên điều trị của mình nữa sau khi đã có những nỗ lực hợp lý và phù hợp để truyền đạt với tôi về ưu tiên điều trị của mình, thì:

(A) _____ (Initials/Ký tắt) Try to extend my life for as long as possible, using all medications, machines, or other medical procedures that in reasonable medical judgment could keep me alive./Cố gắng kéo dài cuộc sống của tôi càng lâu càng tốt, sử dụng tất cả các loại thuốc, máy móc hoặc các thủ

thuật y tế khác mà theo đánh giá y khoa có thể giúp tôi sống sót. Nếu tôi không thể hấp thụ chất dinh dưỡng hoặc dịch thông qua đường miệng, thì tôi muốn được truyền chất dinh dưỡng hoặc dịch qua ống hoặc các dụng cụ y tế khác.

HOẶC

(B) _____ (Initials/Ký tắt) Allow my natural death to occur./Cho phép cái chết tự nhiên của tôi xảy ra. Tôi không muốn bất kỳ loại thuốc, máy móc hoặc thủ thuật y tế nào khác mà theo đánh giá y khoa có thể giúp tôi sống nhưng không thể chữa khỏi bệnh. Tôi không muốn truyền chất dinh dưỡng hoặc dịch qua ống hoặc các dụng cụ y tế khác trừ khi cần thiết để cung cấp thuốc giảm đau.

HOẶC

(C) _____ (Initials/Ký tắt) I do not want any medications, machines, or other medical procedures that in reasonable medical judgment could keep me alive but cannot cure me, except as follows/Tôi không muốn bất kỳ loại thuốc, máy móc hoặc thủ thuật y tế nào khác mà theo đánh giá y khoa có thể giúp tôi sống nhưng không thể chữa khỏi bệnh, ngoại trừ:

[Ký tắt mỗi tuyên bố mà quý vị muốn áp dụng cho mục (C).]

_____ (Initials/Ký tắt) If I am unable to take nutrition by mouth, I want to receive nutrition by tube or other medical means./Nếu tôi không thể hấp thụ chất dinh dưỡng thông qua đường miệng, thì tôi muốn được truyền chất dinh dưỡng qua ống hoặc các dụng cụ y tế khác.

_____ (Initials/Ký tắt) If I am unable to take fluids by mouth, I want to receive fluids by tube or other medical means./Nếu tôi không thể hấp thụ dịch thông qua đường miệng, thì tôi muốn được truyền dịch qua ống hoặc các dụng cụ y tế khác.

_____ (Initials/Ký tắt) If I need assistance to breathe, I want to have a ventilator used./Nếu tôi cần hỗ trợ để thở, tôi muốn được sử dụng máy thở.

_____ (Initials/Ký tắt) If my heart or pulse has stopped, I want to have cardiopulmonary resuscitation (CPR) used./Nếu tim hoặc mạch của tôi ngừng đập, tôi muốn được hồi sức tim phổi (CPR).

(8) ADDITIONAL STATEMENTS/TUYÊN BỐ BỔ SUNG

[Mục này không bắt buộc. *PHẦN HAI sẽ có hiệu lực ngay cả khi mục này để trống. Mục này cho phép quý vị nêu các ưu tiên điều trị bổ sung, cung cấp hướng dẫn bổ sung cho người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị (nếu quý vị đã chọn người đại diện chăm sóc sức khỏe trong PHẦN MỘT) hoặc cung cấp thông tin về các giá trị cá nhân và tôn giáo của quý vị về phương pháp điều trị y tế của quý vị. Ví dụ, quý vị có thể muốn nêu các ưu tiên điều trị của mình liên quan đến thuốc chống nhiễm trùng, phẫu thuật, cắt cụt chi, truyền máu hoặc chạy thận. Cần hiểu rằng quý vị không thể*

lường trước mọi thứ có thể xảy ra với mình sau khi quý vị không còn có thể truyền đạt các ưu tiên điều trị của mình, quý vị có thể muốn cung cấp hướng dẫn cho người đại diện chăm sóc sức khỏe của mình (nếu quý vị đã chọn người đại diện chăm sóc sức khỏe trong PHẦN MỘT) về việc tuân theo các ưu tiên điều trị của quý vị. Quý vị có thể muốn nêu rõ ưu tiên cụ thể của mình về việc giảm đau.]

_____

_____

_____

(9) IN CASE OF PREGNANCY/TRONG TRƯỜNG HỢP MANG THAI

[PHẦN HAI sẽ có hiệu lực ngay cả khi mục này để trống.]

Tôi hiểu rằng theo luật bang Georgia, PHẦN HAI nói chung sẽ không có hiệu lực nếu tôi mang thai trừ khi thai nhi không còn sự sống và tôi ký tắt bên dưới để chỉ ra rằng tôi muốn thực hiện PHẦN HAI.

_____ (Initials/Ký tắt) I want PART TWO to be carried out if my fetus is not viable./Tôi muốn thực hiện PHẦN HAI nếu thai nhi của tôi không còn sự sống.

PART THREE: GUARDIANSHIP/第三部分：监护/PHẦN BA: QUYỀN GIÁM HỘ

(10) GUARDIANSHIP/QUYỀN GIÁM HỘ

*[**PHẦN BA không bắt buộc.** Chỉ thị trước về chăm sóc sức khỏe này sẽ có hiệu lực ngay cả khi PHẦN BA bị bỏ trống. Nếu quý vị muốn đề cử một người làm người giám hộ của mình trong trường hợp tòa án quyết định cần chỉ định người giám hộ, hãy hoàn thành PHẦN BA. Tòa án sẽ chỉ định người giám hộ cho quý vị nếu tòa án thấy rằng quý vị không thể tự đưa ra quyết định có trách nhiệm quan trọng liên quan đến hỗ trợ cá nhân, sự an toàn hoặc phúc lợi của quý vị. Tòa án sẽ chỉ định người do quý vị đề cử nếu tòa án thấy rằng việc bổ nhiệm này sẽ phục vụ cho lợi ích và phúc lợi tốt nhất của quý vị. Nếu quý vị đã chọn một người đại diện chăm sóc sức khỏe trong PHẦN MỘT, quý vị có thể (nhưng không bắt buộc) chỉ định cùng một người làm người giám hộ của mình. Nếu người đại diện chăm sóc sức khỏe không phải người giám hộ của quý vị, người đại diện chăm sóc sức khỏe sẽ được ưu tiên hơn người giám hộ trong việc đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe của quý vị, trừ khi tòa án quyết định khác.]*

[Nêu ưu tiên của quý vị bằng cách ký tắt (A) hoặc (B). Chỉ chọn (A) nếu bạn cũng đã hoàn thành PHẦN MỘT.]

(A) _____ (Initials/Ký tắt) I nominate the person serving as my health care agent under PART ONE to serve as my guardian./Tôi đề cử người làm đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi theo PHẦN MỘT làm người giám hộ của tôi.

HOẶC

(B) _____ (Initials/Ký tắt) I nominate the following person to serve as my guardian/Tôi đề cử người sau đây làm người giám hộ của tôi:

Name/Tên: _____

Address/Địa chỉ: _____

Telephone/Số điện thoại: _____
(Home, Work, and Mobile/Nhà, Cơ quan và Di động)

PART FOUR: EFFECTIVENESS AND SIGNATURES/第四部分：有效性和签名/PHẦN BỐN: HIỆU LỰC VÀ CHỮ KÝ

Chỉ thị trước về chăm sóc sức khỏe này sẽ chỉ có hiệu lực nếu tôi không có khả năng hoặc lựa chọn không đưa ra hoặc truyền đạt quyết định chăm sóc sức khỏe của riêng mình.

Biểu mẫu này hủy bỏ bất kỳ chỉ thị trước nào về chăm sóc sức khỏe, quyền ủy quyền lâu dài về chăm sóc sức khỏe, ủy quyền chăm sóc sức khỏe hoặc di chúc sống mà tôi đã hoàn thành trước ngày này.

Trừ khi tôi đã ký tắt bên dưới và cung cấp các ngày hoặc sự kiện thay thế trong tương lai, chỉ thị trước về chăm sóc sức khỏe này sẽ có hiệu lực tại thời điểm tôi ký và sẽ vẫn có hiệu lực cho đến khi tôi qua đời (và sau khi tôi qua đời trong phạm vi được phép tại Mục (5) của PHẦN MỘT).

_____ (Initials/Ký tắt) Chỉ thị trước về chăm sóc sức khỏe này sẽ có hiệu lực vào hoặc sau ngày _____ và sẽ chấm dứt vào hoặc sau ngày _____.

Quý vị phải ký và ghi ngày hoặc xác nhận đã ký và ghi ngày vào mẫu này trước sự chứng kiến của hai người làm chứng. Cả hai người làm chứng phải minh mẫn và phải từ 18 tuổi trở lên, người làm chứng không nhất thiết phải ở cùng hoặc có mặt với quý vị khi quý vị ký mẫu này.

Người làm chứng:

- *Không được là người được chọn làm người đại diện chăm sóc sức khỏe hoặc người đại diện chăm sóc sức khỏe dự phòng của quý vị trong PHẦN MỘT;*
- *Không được là người thừa kế bất kỳ thứ gì từ quý vị hoặc hưởng lợi ích tài chính từ cái chết của quý vị; hoặc*
- *Không được là người trực tiếp tham gia vào việc chăm sóc sức khỏe của quý vị.*

Chỉ một trong những người làm chứng có thể là nhân viên, người đại diện hoặc nhân viên y tế của bệnh viện, cơ sở điều dưỡng chuyên khoa, viện dưỡng lão hoặc cơ sở chăm sóc sức khỏe khác mà quý vị đang được chăm sóc sức khỏe (nhưng người làm chứng này không được trực tiếp tham gia vào việc chăm sóc sức khỏe của quý vị).

Bằng cách ký tên bên dưới, tôi tuyên bố rằng tôi có đủ minh mẫn và tỉnh táo để lập chỉ thị trước này cho mục đích chăm sóc sức khỏe và tôi hiểu mục đích cũng như tác dụng của chỉ thị này.

_____ _____
(Signature of Declarant/Chữ ký của Người khai) (Date/Ngày)

Người khai đã ký mẫu này trước mặt tôi hoặc xác nhận đã ký mẫu này cùng với tôi. Dựa trên quan sát cá nhân của tôi, người khai có đủ minh mẫn và tỉnh táo để lập chỉ thị trước về chăm sóc sức khỏe này và đã tự nguyện ký mẫu này.

_____ _____
(Signature of Declarant/Chữ ký của Người làm chứng thứ nhất) (Date/Ngày)
Print Name/Tên in hoa: _____
Address/Địa chỉ:_____

_____ _____
(Signature of Second Witness/Chữ ký của Người làm chứng thứ hai) (Date/Ngày)
Print Name/Tên in hoa: _____
Address/Địa chỉ: _____

[Biểu mẫu này không cần phải công chứng.]