

LẬP DI CHỨC VÀ TỜ ỦY QUYỀN CHĂM SÓC SỨC KHỎE

Completing your living will and medical power of attorney

Bản hướng dẫn này sẽ giúp quý vị thực hiện các quyết định về mặt y tế nếu quý vị không thể tự phát ngôn cho mình. Bản sao Việt ngữ nên được đính kèm vào bản Anh ngữ đã hoàn tất và có chữ ký, là điều mà các nhân viên y tế yêu cầu để có thể thực hiện nguyện vọng của quý vị.

These instructions will help you make medical decisions if you cannot speak for yourself. The Vietnamese copy should be attached to a completed and signed English copy, which medical personnel require in order to carry out your wishes.

Lập di chúc

Completing Your Living Will

Ghi rõ họ tên của quý vị vào chỗ trống ở dòng đầu tiên. “Tôi, **HỌ TÊN CỦA TÔI**, mong tất cả những người quan tâm hiểu được ý nguyện của tôi khi tôi không còn tự phát ngôn cho mình được.”

Print your name on the first blank line. “I, **MY NAME**, want everyone who cares for me to know what I want when I cannot speak for myself.”

Phần 1: Đối với quý vị, điều kiện sinh tồn nào là không thể chấp nhận được? Khi nào thì quý vị sẽ muốn thân nhân và bác sĩ của mình ngưng hoặc hủy bỏ điều trị? Đánh dấu vào các ô để cho biết quý vị sẽ không muốn sống trong điều kiện đó. Quý vị có thể ghi thêm vào dòng trống hoặc gạch bỏ bất kỳ điều gì mà quý vị không đồng ý trong mẫu đơn.

Section 1: What kind of quality of life is unacceptable to you? When would you want your family and doctors to stop or withdraw treatment? Check boxes indicating that you do not want to live in that condition. You may add your own words on the blank line or cross out anything on the form you do not agree with.

Phần 2: Có thể có một số thủ tục mà quý vị không mong muốn trong bất cứ hoàn cảnh nào. Nếu quý vị đã quyết định sẽ không bao giờ muốn nhận được khoản điều trị như liệt kê, hãy đánh dấu vào ô đó. Nếu quý vị vẫn chưa quyết định, hoặc muốn bác sĩ sử dụng các phương pháp điều trị đó, hãy chừa trống ô đó.

Section 2: There may be some procedures you would not want under any circumstances. If you have decided you would never want one of the treatments listed, check that box. If you have not decided yet, or want your doctor to try these treatments, leave the box blank.

Phần 3: Hãy nghĩ về nội dung sau: “Khi tôi sắp lâm chung, điều quan trọng là...” Quý vị có thể viết vào đây bất cứ điều gì quý vị mong muốn. Có người ghi: “Tôi muốn nhận dịch vụ chăm sóc cuối đời. Tôi muốn được chết ở nhà. Tôi muốn có thân nhân bên cạnh. Tôi muốn được hỏa táng sau khi chết.” Quý vị có thể để trống những dòng này, nếu muốn.

Section 3: Think about the statement: “When I am near death, it is important that...” You may write anything you want here. Some say, “I want hospice care. I want to die at home. I want family near me. I want to be cremated when I die.” You may leave these lines blank if you wish.

Ký tên vào mặt sau của mẫu đơn này và nhờ người không có quan hệ huyết thống, hôn nhân, hay nhận nuôi với quý vị chứng kiến. Người chứng kiến không thể là người thụ hưởng bất động sản của quý vị hoặc có trực tiếp tham gia chăm sóc sức khỏe của quý vị.

Sign this form on the reverse side and have the signature witnessed by a person who is not related to you by blood, marriage or adoption. The witness cannot be a beneficiary to your estate or be directly involved in your healthcare.

Tại tiểu bang Arizona, mẫu đơn này không cần phải được thị thực, nhưng trong mẫu vẫn có ô trống dành để thị thực nếu quý vị muốn.

It is not necessary to have this form notarized in Arizona, but there is a space for a notary if you wish.



Đính kèm mẫu đơn này và Tờ Ủy Quyền Chăm Sóc Sức Khỏe vào bản Anh ngữ đã hoàn tất và có chữ ký. Hãy giao các bản sao cho thân nhân, thân hữu, và bác sĩ của quý vị. Hãy mang theo các bản sao đến bệnh viện nếu quý vị bị bệnh và cần được chữa trị.

Attach this form and your Medical Power of Attorney form to a completed and signed English version of this form. Give copies to your family, close friends and doctor. Take copies to the hospital if you become ill and need treatment.

Lập Tờ Ủy Quyền Chăm Sóc Sức Khỏe

Completing Your Medical Power of Attorney

Ghi rõ họ tên của quý vị vào chỗ trống ở dòng đầu tiên. “Tôi, HỌ TÊN CỦA TÔI, là người ủy quyền, chọn...”

Print your name in the first blank line. “I, MY NAME, as principal, designate...”

Ghi rõ họ tên của người mà quý vị chọn để ủy quyền chăm sóc sức khỏe vào chỗ trống ở dòng tiếp theo. “TÊN NGƯỜI ĐƯỢC CHỌN, làm người đại diện cho tôi trong tất cả mọi vấn đề...”

Print the name of the person you choose to be your Medical Power of Attorney on the next blank line. “OTHER PERSON'S NAME, as my agent for all matters...”

Hãy ký tắt nếu quý vị ủy thác cho người đại diện có quyền đưa quý vị nhập viện tâm thần hoặc nội trú trong trường hợp bác sĩ yêu cầu.

Initial if you give your agent the power to admit you to an inpatient or psychiatric program if ordered by your doctor.

Hãy ký tắt nếu quý vị muốn cho biết rõ rằng văn bản này không thể bị hủy bỏ trong trường hợp quý vị không còn đủ tư cách.

Initial if you want to make it clear that this document may not be revoked if you are incapacitated.

Ghi rõ địa chỉ và số điện thoại của người đại diện chăm sóc sức khỏe mà quý vị đã chọn vào dòng trống tiếp theo. ĐỊA CHỈ VÀ SỐ ĐIỆN THOẠI

Print the address and phone number of your chosen Medical Power of Attorney on the next blank line. ADDRESS AND PHONE

Quý vị có thể chọn một người dự khuyết để đại diện chăm sóc sức khỏe trong trường hợp người thứ nhất không có mặt hoặc không thể đưa ra quyết định cho quý vị. “TÊN NGƯỜI THỨ NHÌ “ là người đại diện cho tôi...”

You may choose an alternate Medical Power of Attorney in case the first person is not available or unable to make decisions for you. “SECOND PERSON'S NAME as my agent...”

Ghi rõ ĐỊA CHỈ và SỐ ĐIỆN THOẠI của người đó. Nếu quý vị không có chọn người dự khuyết, hãy để trống những dòng này.

Print that person's ADDRESS and PHONE. If you do not choose an alternate, leave the lines blank.

Ký tên vào mẫu này trước mặt người chứng kiến không có quan hệ huyết thống, hôn nhân, hay nhận nuôi với quý vị. Người chứng kiến không thể là người thụ hưởng bất động sản của quý vị hoặc có trực tiếp tham gia chăm sóc sức khỏe của quý vị.

Sign this form in front of a witness who is not related to you by blood, marriage or adoption. The witness cannot be a beneficiary to your estate or be directly involved in your healthcare.

Tại tiểu bang Arizona, mẫu đơn này không cần phải được thị thực, nhưng trong mẫu vẫn có ô trống dành để thị thực nếu quý vị muốn.

It is not necessary to have this form notarized in Arizona, but there is space for a notary if you wish.

Đính kèm mẫu đơn này và Tờ Di Chúc Lâm Chung vào bản Anh ngữ đã hoàn tất và có chữ ký. Hãy giao các bản sao cho thân nhân, thân hữu, và bác sĩ của quý vị. Hãy mang theo các bản sao đến bệnh viện nếu quý vị bị bệnh và cần được chữa trị.

Attach this form and your Living Will form to a completed and signed English version of this form. Give copies to your family, close friends and doctor. Take copies to the hospital if you become ill and need treatment.

I THỊ CHĂM SÓC SỨC KHỎE (Ý NGUYỆN TRỊ LIỆU)

Health Care Directive (Living Will)

Tôi, _____, muốn tất cả mọi người chăm sóc cho tôi biết rằng tôi cần dịch vụ chăm sóc nào khi tôi không thể cho người khác biết tôi cần gì.

I, _____, want everyone who cares for me to know what health care I want, when I cannot let others know what I want.

PHẦN (SECTION) 1:

Tôi muốn bác sĩ của mình thử các phương pháp điều trị có thể giúp tôi có lại được chất lượng cuộc sống chấp nhận được. Tuy nhiên, nếu chất lượng cuộc sống trở nên không chấp nhận được đối với bản thân tôi và tình trạng của tôi sẽ không cải thiện (không thể chữa được), ý nguyện của tôi là hãy ngừng tất cả các phương pháp điều trị kéo dài cuộc sống của tôi.

I want my doctor to try treatments that may get me back to an acceptable quality of life. However, if my quality of life becomes unacceptable to me and my condition will not improve (is irreversible), I direct that all treatments that extend my life be withdrawn.

Chất lượng cuộc sống không chấp nhận được đối với tôi nghĩa là (chọn tất cả các phương án thích hợp): A quality of life that is unacceptable to me means (check all that apply):

- Bất tỉnh (hôn mê kéo dài hoặc tình trạng thực vật kéo dài) Unconscious (chronic coma or persistent vegetative state)
- Không thể cho biết như cầu của mình Unable to communicate my needs
- Không thể nhận ra gia đình hoặc bạn bè Unable to recognize family or friends
- Hoàn toàn hoặc gần như hoàn toàn phụ thuộc vào người khác chăm sóc cho mình Total or near total dependence on others for care
- Khác Other: _____

Chỉ chọn một phương án (Check only one):

- Ngay cả khi chất lượng cuộc sống của tôi rơi vào tình trạng như mô tả ở trên, tôi vẫn muốn được điều trị kèm cho ăn và uống qua ống hoặc tĩnh mạch (IV). Even if I have the quality of life described above, I still wish to be treated with food and water by tube or intravenously (IV).
- Nếu chất lượng cuộc sống của tôi rơi vào tình trạng như mô tả ở trên, tôi KHÔNG muốn được điều trị kèm cho ăn và uống qua ống hoặc tĩnh mạch (IV). If I have the quality of life described above, I do NOT wish to be treated with food and water by tube or intravenously (IV).

PHẦN (SECTION) 2: (Quý vị có thể để trống phần này.) (You may leave this section blank.)

Một số người không muốn dùng một số phương pháp điều trị trong bất cứ trường hợp nào, ngay cả khi họ có thể hồi phục. Some people do not want certain treatments under any circumstance, even if they might recover.

Hãy chọn các phương pháp điều trị dưới đây mà quý vị không muốn dùng trong bất kỳ trường hợp nào: Check the treatments below that you do not want under any circumstances:

- Hồi sức tim phổi (CPR) Cardiopulmonary Resuscitation (CPR)
- Thở máy (dùng máy thở) Ventilation (breathing machine)
- Ăn bằng ống Feeding tube
- Lọc máu Dialysis
- Khác Other: _____

PHẦN (SECTION) 3:

Khi tôi gần qua đời, điều quan trọng đối với tôi là When I am near death, it is important to me that: _____

(Chẳng hạn như chăm sóc giai đoạn cuối đời, nơi an táng, tổ chức tang lễ, lựa chọn hỏa táng hay mai táng.) (Such as hospice care, place of death, funeral arrangements, cremation or burial preferences.)

HÃY CHẮC CHẮN KÝ VÀO MẶT SAU CỦA MẪU NÀY BE SURE TO SIGN THE REVERSE SIDE OF THIS FORM

- Nếu quý vị chỉ muốn Giấy ủy quyền chăm sóc sức khỏe (y tế), hãy gạch một dấu X lớn vào cả trang này. If you only want a Health Care (Medical) Power of Attorney, draw a large X through this page.
- Hãy trao đổi về mẫu này với người quý vị đã chọn thay mặt quý vị đưa ra quyết định, (các) bác sĩ, gia đình và bạn bè của quý vị. Hãy đưa cho mỗi người một bản sao mẫu này. Talk about this form with the person you have chosen to make decisions for you, your doctor(s), your family and friends. Give each of them a copy of this form.
- Mang theo một bản sao mẫu này bất cứ khi nào quý vị vào viện hoặc đi xa. Take a copy of this with you whenever you go to the hospital or on a trip.
- Quý vị nên thường xuyên xem xét lại mẫu này. You should review this form often.
- Quý vị có thể hủy hoặc thay đổi mẫu này bất cứ lúc nào. You can cancel or change this form at any time.

Để biết thêm thông tin, hãy liên hệ với bộ phận Quyết định Chăm sóc Sức khỏe:

(602) 222-2229 hoặc hov.org/healthcare-decisions

For more information contact Health Care Decisions, (602) 222-2229 or hov.org/healthcare-decisions

GIẤY ỦY QUYỀN CHĂM SÓC SỨC KHỎE (Y TẾ) VỚI ỦY QUYỀN VỀ SỨC KHỎE TÂM THẦN
Health Care (Medical) Power of Attorney with Mental Health Authority

Quan trọng là quý vị cần chọn ra ai đó đưa ra các quyết định chăm sóc sức khỏe cho mình khi quý vị không thể làm thế. Hãy cho người (đại diện) mà quý vị chọn biết quý vị muốn gì. Người quý vị chọn có quyền đưa ra bất kỳ quyết định nào để đảm bảo tôn trọng ý nguyện của quý vị. Nếu quý vị không chọn ai đưa ra quyết định cho mình, hãy viết Không vào dòng tên của người đại diện.

It is important to choose someone to make healthcare decisions for you when you cannot. Tell the person (agent) you choose what you would want. The person you choose has the right to make any decision to ensure that your wishes are honored. If you DO NOT choose someone to make decisions for you, write NONE in the line for the agent's name.

Tôi, _____, là chủ của giấy ủy quyền, chỉ định _____ làm người đại diện của tôi

trong tất cả các vấn đề liên quan đến sức khỏe (gồm cả sức khỏe tâm thần) của tôi, và bao gồm nhưng không giới hạn ở việc toàn quyền đưa ra hoặc từ chối đưa ra chấp thuận đối với tất cả dịch vụ y tế, phẫu thuật, bệnh viện và dịch vụ chăm sóc sức khỏe liên quan. Giấy ủy quyền này có hiệu lực khi tôi không có khả năng đưa ra hoặc cho biết các quyết định chăm sóc sức khỏe. Tất cả các hành động từ người đại diện của tôi theo giấy ủy quyền này trong bất kỳ giai đoạn nào mà tôi không thể đưa ra hoặc cho biết các quyết định chăm sóc sức khỏe hoặc khi không chắc rằng liệu tôi còn sống hay đã chết đều có cùng ảnh hưởng đến người thừa kế, người thừa tự và đại diện cá nhân của tôi như khi tôi còn sống, có năng lực và tự đại diện được cho mình.

I, _____, as principal, designate _____ as my agent for all matters relating to my health (including mental health) and including, without limitation, full power to give or refuse consent to all medical, surgical, hospital and related health care. This power of attorney is effective on my inability to make or communicate health care decisions. All of my agent's actions under this power during any period when I am unable to make or communicate health care decisions or when there is uncertainty whether I am dead or alive have the same effect on my heirs, devisees and personal representatives as if I were alive, competent and acting for myself.

_____ Việc ký vào tài liệu này có nghĩa là tôi đặc biệt chấp thuận cho người đại diện của mình quyền đưa tôi vào chương trình điều trị nội trú hoặc chương trình nhập viện bán phần do bệnh tâm thần nếu bác sĩ của tôi chỉ định.

By initialing here, I specifically consent to giving my agent the power to admit me to an inpatient or partial psychiatric hospitalization program if ordered by my physician.

_____ Việc ký vào tài liệu này có nghĩa là không thể rút lại Chỉ thị chăm sóc sức khỏe gồm Giấy ủy quyền chăm sóc sức khỏe tâm thần nếu tôi mất khả năng.

By initialing here, this Health Care Directive including Mental Health Care Power of Attorney may not be revoked if I am incapacitated.

Viết in hoa ĐỊA CHỈ và SỐ ĐIỆN THOẠI của người đại diện (Print agent ADDRESS and PHONE):

_____ Nếu người đại diện của tôi không muốn hoặc không thể đại diện hoặc tiếp tục đại diện, theo đây tôi chỉ định (If my agent is unwilling or unable to serve or continue to serve, I hereby appoint): _____ làm người đại diện của tôi.

Viết in hoa ĐỊA CHỈ và SỐ ĐIỆN THOẠI của người đại diện thay thế (Print alternate agent ADDRESS and PHONE):

Ý định của tôi là để người đại diện của tôi được đối xử như tôi muốn bất kể việc sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe có thể nhận dạng cá nhân tôi hoặc hồ sơ y tế khác. Ủy quyền cho phép tiết lộ này áp dụng với mọi thông tin được kiểm soát bởi Đạo luật về trách nhiệm giải trình và cung cấp bảo hiểm y tế năm 1996 (còn gọi là HIPAA), 42 USC 1420D và 45 CFR 160-164.

I intend for my agent to be treated as I would regarding the use and disclosure of my individually identifiable health information or other medical records. This release authority applies to any information governed by the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (aka HIPAA), 42 USC 1420D and 45 CFR 160-164.

KÝ VÀO ĐÂY đối với mẫu Giấy ủy quyền chăm sóc sức khỏe (y tế) và/hoặc Chỉ thị chăm sóc sức khỏe
SIGN HERE for the Health Care (Medical) Power of Attorney and/or the Health Care Directive forms

Vui lòng yêu cầu một người không thân thích với quý vị hoặc không có quan hệ về mặt tài chính với quý vị hoặc tài sản của quý vị làm chứng cho chữ ký của quý vị. Please ask one person to witness your signature who is not related to you or financially connected to you or your estate.

Chữ ký (Signature): _____ Ngày (Date): _____

Cá nhân tôi biết người có tên trên và tôi tin rằng người này hoàn toàn tỉnh táo và đã điền vào tài liệu này một cách tự nguyện. Tôi ít nhất là 18 tuổi, không thân thích với người này, không có quan hệ hôn nhân hoặc nhận nuôi với người này và không phải người đại diện có tên trong tài liệu này. Theo hiểu biết của tôi, tôi không phải là người thụ hưởng của di chúc hoặc bất kỳ giấy tờ bổ sung di chúc nào của người này và tôi không có đòi hỏi gì về tài sản của người này. Tôi không trực tiếp theo gia vào hoạt động chăm sóc sức khỏe cho người này.

The above named person is personally known to me, and I believe him/her to be of sound mind and to have completed this document voluntarily. I am at least 18 years old, not related to him/her by blood, marriage or adoption, and not an agent named in this document. I am not to my knowledge a beneficiary of his/her will or any codicil, and I have no claim against his/her estate. I am not directly involved in his/her health care.

Nhân chứng (Witness): _____ Ngày (Date): _____

Tài liệu này có thể được công chứng thay vì có nhân chứng. (This document may be notarized instead of witnessed.)

On this _____ day of _____, in the year of _____, personally appeared before me the person signing, known by me to be the person who completed this document and acknowledged it as his/her free act and deed. IN WITNESS THEREOF, I have set my hand and affixed my official seal in the County of _____, State of _____, on the date written above.

Notary Public (Công chứng viên): _____