

Sử dụng mẫu này để quyết định trước việc chăm sóc y tế của bạn trong trường hợp bạn không còn khả năng tự đưa ra quyết định. Mẫu này có ba bước:

Use this form to have a say in your medical care if you become unable to make your own decisions. The form has three steps:

Bước 1: Điền tên người ủy quyền về quyết định y tế của bạn

Step 1: Name your health care agent

Bước 2: Viết ra hướng dẫn chăm sóc sức khỏe của bạn

Step 2: Write down your health care instructions

Bước 3: Ký tên để hợp pháp hóa mẫu đơn này

Step 3: Sign the form to make it legal

Đây là Chỉ thị Chăm sóc Sức khỏe Trước của:

This is the Advance Health Care Directive of:

Tên

Name

Ngày tháng năm sinh

Date of Birth

Sau khi hoàn tất mẫu này:

When this form is complete:

- ☐ Chia sẻ bản sao với đội ngũ y tế, người ủy quyền về quyết định y tế và gia đình của bạn
Share copies with your medical team, health care agent, and family
- ☐ Giữ bản gốc ở nơi an toàn.
Keep the original in a safe place
- ☐ Trao đổi với người ủy quyền về quyết định y tế và người nhà về những điều quan trọng nhất đối với bạn trong việc chăm sóc sức khỏe.
Talk with your health care agent and loved ones about what matters most to you in your health care

Hãy nhớ rằng:

Remember:

- ☐ Bạn có quyền thu hồi hoặc thay đổi Chỉ thị Chăm sóc Sức khỏe Trước này
You have the right to revoke or change this Advance Health Care Directive
- ☐ Bạn có thể thay thế Chỉ thị Chăm sóc Sức khỏe Trước này bằng cách hoàn thành một chỉ thị mới. Nếu cần, các lựa chọn từ Chỉ thị gần đây nhất của bạn sẽ được tuân theo.



You can replace this Advance Health Care Directive by completing a new one. If needed, the choices from your most recent Advance Health Care Directive would be followed

Bước 1: Điền tên người ủy quyền về quyết định y tế của bạn

Step 1: Name Your Health Care Agent

Người ủy quyền của bạn sẽ giúp đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe nếu bạn không thể tự mình đưa ra quyết định.

Your health care agent would help make health care decisions if you were unable to make them for yourself

Người ủy quyền của bạn nên là người:

Your health care agent should be someone who:

- **Hiểu rõ bạn và có thể giúp đội ngũ y tế của bạn hiểu được các ưu tiên chăm sóc sức khỏe của bạn**
Knows you well and can help your medical team understand your health care priorities
- **Bạn tin tưởng để thực hiện theo mong muốn của bạn và làm những gì tốt nhất cho bạn**
You trust to follow your wishes and do what is best for you
- **Có thể liên lạc được trong trường hợp khẩn cấp**
Can be reached in an emergency
- **Ít nhất 18 tuổi**
Is at least 18 years old

Người ủy quyền của bạn không thể là thành viên trong nhóm y tế của bạn.

Your health care agent cannot be a member of your medical team

Nếu bạn không còn khả năng tự quyết định, người đại diện chăm sóc sức khỏe của bạn có thể giúp bạn lựa chọn:

If you become unable to make decisions for yourself, your health care agent can help choose:

- **Bệnh viện, phòng khám, viện dưỡng lão hoặc nơi cư trú, đội ngũ y tế và người chăm sóc tại nhà của bạn**
Your hospital, clinic, nursing home or residence, medical team, and in-home caregivers
- **Thuốc men, xét nghiệm và phương pháp điều trị**
Medications, tests, and treatments
- **Ai có thể xem hồ sơ bệnh án của bạn**
Who can see your medical records
- **Bắt đầu hay dừng các phương pháp điều trị hỗ trợ sự sống như CPR (hồi sức tim phổi), máy thở, lọc máu, truyền dinh dưỡng, truyền máu, v.v.**
Whether to start or stop life support treatments like CPR (cardiopulmonary resuscitation), a mechanical ventilator (breathing machine), dialysis, artificial feeding, blood transfusions, and more
- **Làm gì với cơ thể và các cơ quan của bạn sau khi bạn chết**
What is done with your body and organs after you die

Người ủy quyền về quyết định y tế của bạn
My health care agent

Tôi muốn người này trở thành người ủy quyền về quyết định y tế của tôi, giúp tôi đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe nếu tôi không còn khả năng tự quyết định:
I want this person to be my health care agent, to help make my health care decisions if I become unable to make them for myself:

Tên			
Name			
Mối quan hệ		Số điện thoại	
Relationship		Phone	

(Tùy chọn) Người ủy quyền thay thế thứ hai về quyết định y tế của tôi
(Optional) My alternate health care agent

Nếu người đầu tiên không thể làm được, tôi muốn người này trở thành người ủy quyền về quyết định y tế của tôi, để giúp tôi đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe nếu tôi không còn khả năng tự quyết định:
If the first person cannot do it, I want this person to be my health care agent, to help make my health care decisions if I become unable to make them for myself:

Tên			
Name			
Mối quan hệ		Số điện thoại	
Relationship		Phone	

(Tùy chọn) Người ủy quyền thay thế thứ hai về quyết định y tế của tôi
(Optional) My alternate health care agent

Nếu người đầu tiên và người thứ hai không thể làm được, tôi muốn người này trở thành người ủy quyền về quyết định y tế của tôi, để giúp tôi đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe nếu tôi không còn khả năng tự quyết định:
If the first and second people cannot do it, I want this person to be my health care agent, to help make my health care decisions if I become unable to make them for myself:

Tên			
Name			
Mối quan hệ		Số điện thoại	
Relationship		Phone	

(Tùy chọn) **Thêm bất kỳ bình luận nào về sự lựa chọn của bạn về người ủy quyền về quyết định y tế:**
(Optional) **Add any comments about your choice of health care agent:**

[illegible]

Quyền hạn của người ủy quyền của tôi sẽ có hiệu lực nếu bác sĩ xác định rằng tôi đã mất khả năng tự đưa ra quyết định y tế sáng suốt.

My health care agent's authority will go into effect if a physician determines that I've lost the ability to make informed medical decisions for myself.

Bước 2: Viết ra hướng dẫn chăm sóc sức khỏe của bạn

Step 2: Write Down Your Health Care Instructions

Nếu bạn bị bệnh nặng hoặc bị thương và không thể tự đưa ra quyết định, **Bước 2** sẽ giúp đảm bảo bạn có tiếng nói trong các quyết định y tế quan trọng.

If you become critically ill or injured, and you are unable to make your own decisions, Step 2 will help make sure you have a say about important health care decisions.

Hướng dẫn cụ thể: phương pháp hỗ trợ sự sống

Specific instructions: life support treatments

Các phương pháp hỗ trợ sự sống là các phương pháp y khoa cố gắng duy trì sự sống cho cơ thể bạn bằng máy móc để cơ thể không chết. Chúng có thể bao gồm hồi sức tim phổi (CPR), máy thở, máy lọc máu, truyền dinh dưỡng, truyền máu, v.v.

Life support treatments are medical treatments that try to keep your body alive when it would otherwise die. They can include cardiopulmonary resuscitation (CPR), a mechanical ventilator (breathing machine), dialysis, feeding tubes, blood transfusions, and more.

Nếu tôi bị bệnh nặng hoặc bị thương và sắp chết, tôi muốn:

(Điền tên viết tắt của bạn trước một lựa chọn mà bạn đồng ý nhất).

If I were critically ill or injured, and dying, I would want to:

(Put your initials by the one choice you agree with most).

Hãy thử tất cả các phương pháp hỗ trợ sự sống có thể giúp tôi sống sót. Tôi muốn các phương pháp hỗ trợ sự sống tiếp tục ngay cả khi không còn hy vọng gì để hồi phục.

Try all life support treatments that might keep me alive. I would want life support treatments to continue even if there was little hope of getting better.

Hãy thử các phương pháp hỗ trợ sự sống có thể giúp tôi sống sót. Nhưng tôi muốn DỪNG các phương pháp hỗ trợ sự sống nếu tôi không thể hồi phục hoặc tôi không thể sống thiếu chúng. Vào thời điểm đó, tôi muốn để cái chết tự nhiên với sự giúp đỡ để giảm bớt đau đớn hoặc khổ đau.

Have a trial of life support treatments that might keep me alive. But I would want to STOP life support treatments if they did not help me get better or I could not live without them. At that point, I would want to allow a natural death with help to ease pain or suffering.

Cho phép cái chết tự nhiên, với sự giúp đỡ để giảm bớt đau đớn hoặc khổ đau. Tôi không muốn các phương pháp hỗ trợ sự sống.

Allow a natural death, with help to ease pain or suffering. I would not want life support treatments

Tôi không chắc.

I am not sure.

(Tùy chọn) **Bất kỳ bình luận hoặc hướng dẫn nào khác:**

(Optional) Any other comments or instructions:

Bước 3: Ký tên để hợp pháp hóa mẫu đơn này

Step 3: Sign the Form to Make It Legal

Để hợp pháp hóa văn bản này, bạn phải ký vào mẫu đơn trước mặt hai người làm chứng hoặc một Công chứng viên.

(Nếu bạn sống trong viện dưỡng lão, người bảo vệ quyền lợi bệnh nhân hoặc thanh tra viên cũng phải ký).

To make this a legal document, you must sign the form in front of two witnesses or a Notary Public.

(If you reside in a nursing home, the patient advocate or ombudsman must also sign).

Bạn điền vào phần này

You Fill Out This Part

Chữ ký của bạn	_____	Ngày	_____
Your signature		Date	
Viết in tên của bạn	_____		
Print your name			
Địa chỉ	_____		
Address			
Số điện thoại	_____		
Phone			

Nhân chứng điền vào phần này

(Điều này chỉ cần thiết nếu mẫu đơn chưa được Công chứng viên chứng thực).

Witnesses Fill Out This Part

(This is only needed if a Notary has not notarized the form).

Tôi xác nhận rằng tôi biết người đã ký vào chỉ thị chăm sóc sức khỏe trước này; người này đã ký hoặc xác nhận đã ký vào mẫu đơn trước mặt tôi; và người đó có vẻ tỉnh táo và không bị ép buộc. Tôi cũng xác nhận rằng tôi đã đủ 18 tuổi; tôi không phải là người ủy quyền được chỉ định trong mẫu đơn này; tôi không thuộc đội ngũ y tế của người này; và tôi không phải là nhân viên của bất kỳ cơ sở y tế nào của người đứng đơn.

I confirm that I know the person who signed this advance health care directive; this person signed or acknowledged signing the form in my presence; and the person appears to be of sound mind and under no duress. I also confirm that I am 18 years or older; I am not the health care agent designated in this form; I am not the health care provider; and I am not an employee of the health care provider or any health care facility where this person resides.

Nhân chứng #1

Witness #1

Chữ ký

Signature

Ngày

Date

Viết in tên

Print name

Địa chỉ

Address

Nhân chứng #2

Witness #2

Chữ ký

Signature

Ngày

Date

Viết in tên

Print name

Địa chỉ

Address

Một nhân chứng cũng phải ký chứng nhận về lời tuyên bố sau đây:

Tôi cũng xác nhận rằng tôi không có quan hệ huyết thống, hôn nhân hoặc nhận nuôi với người đã ký mẫu đơn này..

Tôi sẽ không được hưởng lợi về mặt tài chính (nhận tiền hoặc tài sản) sau khi người này qua đời.

One witness must also sign this statement:

I also confirm that I am not related to the person who signed this form by blood, marriage, or adoption.

I will not benefit financially (receive money or property) after this person dies.

Chữ ký

Signature

Công chứng viên điền phần này
(Điều này chỉ cần thiết nếu không có hai người làm chứng ký vào mẫu đơn)
Notary Public Fills Out This Part
(This is only needed if two witnesses have not signed the form).

Tiểu bang California

Quận _____
State of California

County of _____

CHỨNG NHẬN CỦA CÔNG CHỨNG VIÊN
Công chứng viên hoặc viên chức khác hoàn thành phần chứng nhận này chỉ xác minh danh tính của cá nhân đã ký vào văn bản mà giấy chứng nhận này được đính kèm, chứ không phải tính trung thực, chính xác hoặc giá trị của văn bản đó.

CERTIFICATE OF ACKNOWLEDGEMENT OF NOTARY PUBLIC

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.

Vào ngày _____ trước mặt tôi, _____ ,
On _____ before me,

trực tiếp có mặt _____ ,
personally appeared _____

người đã trình với tôi giấy tờ thỏa đáng rằng mình là (những) người có (những) tên ký vào văn bản này và thừa nhận với tôi rằng anh ấy/cô ấy/họ đã thực hiện văn bản này theo năng lực được ủy quyền của mình và rằng bằng chữ ký của mình/họ trên văn bản, (những) người hoặc thực thể mà (những) người đó đại diện đã thực hiện văn bản này.

who proved to me on the basis of satisfactory evidence to be the person(s) who 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

Tôi chứng nhận theo HÌNH PHẠT KHAI THỀ theo luật của Tiểu bang California rằng đoạn văn trên là đúng sự thật và chính xác.

I certify under PENALTY OF PERJURY under the laws of the State of California that the foregoing paragraph is true and correct.

CHỨNG KIẾN chữ ký và con dấu chính thức của tôi.
WITNESS my hand and official seal.

Chữ ký _____
Signature

(Con dấu Công chứng)
(Notary Seal)

Người bảo vệ quyền lợi bệnh nhân hoặc Thanh tra viên điền vào phần này

(Điều này chỉ cần thiết nếu bạn là bệnh nhân tại cơ sở điều dưỡng có chuyên môn).

Patient Advocate or Ombudsman Fills Out This Part

(This is only needed if you are a patient in a skilled nursing facility).

Tôi tuyên bố theo HÌNH PHẠT KHAI THỀ theo luật của Tiểu bang California rằng tôi là người bảo vệ bệnh nhân hoặc thanh tra viên theo chỉ định của Sở Cao niên của Tiểu bang và tôi đang làm nhân chứng theo yêu cầu của Mục 4675 của Bộ luật Di chúc.

I declare under PENALTY OF PERJURY under the laws of the State 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.

Ngày _____ Thời gian _____
Date _____ Time _____

Ký tên _____
Signature _____

Viết in tên _____
Print name _____

Địa chỉ _____
Address _____

Mẫu đơn cập nhật 2/2024

Form revision 2/2024