



Di chúc y khoa bao gồm Giấy ủy quyền chăm sóc sức khỏe

Tổng quan

Tài liệu pháp lý này đáp ứng các yêu cầu của Wisconsin, Minnesota và Iowa.* Tài liệu này cho phép quý vị

- Chỉ định người khác thay quý vị đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe trong trường hợp quý vị không thể tự quyết định.
- Viết ra các mục tiêu và ưu tiên của quý vị đối với việc chăm sóc y tế tương lai trong những tình huống cụ thể.

Người được quý vị chỉ định gọi là người đại diện chăm sóc sức khỏe. Quý vị cũng có thể chỉ định người đại diện chăm sóc sức khỏe thay thế. Đây là người có thể đưa ra quyết định nếu người được chỉ định đầu tiên hoặc thứ hai không thể hoặc không sẵn sàng đưa ra những quyết định đó. Tài liệu này trao cho người đại diện của quý vị quyền đưa ra các quyết định chăm sóc sức khỏe thay quý vị chỉ sau khi bác sĩ và/hoặc chuyên gia chăm sóc sức khỏe được ủy quyền theo luật hiện hành của tiểu bang xác định rằng quý vị không có khả năng đưa ra các quyết định chăm sóc sức khỏe cho chính mình.

Tài liệu này **không** cho phép người đại diện quyền:

- Đưa ra các quyết định về vấn đề tài chính hoặc sự vụ kinh doanh khác.
- Đưa ra một số quyết định về vấn đề điều trị sức khỏe tâm thần của quý vị.

Vui lòng đọc kỹ di chúc y khoa này trước khi quý vị điền và ký tên. **Quý vị nên thảo luận về các mục tiêu, tôn chỉ và di chúc y khoa này với (những) người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị. Nếu quý vị không trao đổi với (những) người đại diện chăm sóc sức khỏe của mình, họ có thể không biết mục tiêu của quý vị và không thể làm theo hướng dẫn đó.**

Lời khuyên: đặt lịch hẹn với nhân viên hỗ trợ lập kế hoạch chăm sóc dự liệu để được trợ giúp. Nếu bản di chúc y khoa này không đáp ứng được nhu cầu của quý vị, hãy hỏi tổ chức y tế hoặc luật sư của quý vị để biết thêm các lựa chọn khác.

Để hoàn thành di chúc y khoa này

Di chúc y khoa này được chia thành bốn phần: Phần 1 – Người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi

Phần 1 – Người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi

Phần 2 – Quyền hạn chung của người đại diện chăm sóc sức khỏe

Phần 3 – Tuyên bố mong muốn, chỉ thị chăm sóc (search for the same phrase in other occurrences) hoặc giới hạn

Phần 4 – Hợp pháp hóa tài liệu

Hãy làm theo hướng dẫn trong cả bốn phần.

Sau khi điền di chúc y khoa

Hãy thực hiện các bước sau:

- Trao đổi về mục tiêu và ưu tiên của quý vị đối với việc chăm sóc y tế trong tương lai với (những) người được chỉ định là đại diện của quý vị nếu chưa trao đổi. Hãy đảm bảo họ cảm thấy đủ khả năng đảm đương vai trò này thay quý vị trong tương lai.
- Đưa cho (những) người đại diện của quý vị một bản sao di chúc y khoa này.
- Trao đổi với những người còn lại trong gia đình và bạn bè thân thiết liên quan nếu quý vị mắc bệnh hoặc chấn thương nghiêm trọng. Hãy đảm bảo cho họ biết về (những) người đại diện cũng như ưu tiên của quý vị.
- Đưa một bản sao cho bác sĩ và/hoặc cơ sở chăm sóc sức khỏe của quý vị. Hãy đảm bảo họ nắm được các ưu tiên của quý vị.




Last Name: _____

First Name: _____

MRN: _____

- Cắt một bản sao của di chúc y khoa này ở nơi dễ thấy.
- Nếu quý nhập viện hoặc tới viện dưỡng lão, hãy mang theo bản sao di chúc y khoa này và yêu cầu đính kèm vào hồ sơ bệnh án của quý vị.
- Xem lại và cập nhật di chúc y khoa này bất cứ khi nào xảy ra “Năm D” (Five D’s) bất kỳ:
 - Decade (Thập kỷ)* – khi quý vị bước sang một thập kỷ mới.
 - Death (Qua đời hoặc Dispute (Bất đồng))* – khi người thân hoặc người đại diện chăm sóc sức khỏe qua đời (hoặc không đồng ý với ưu tiên của quý vị).
 - Divorce (Ly hôn)* – khi quý vị ly hôn (hoặc ly dị). Nếu vợ/chồng hoặc bạn đời chung sống của quý vị là người đại diện thì di chúc y khoa sẽ không còn hiệu lực. Quý vị cần điền đầy đủ vào di chúc y khoa mới ngay cả khi quý vị vẫn muốn vợ/chồng cũ hoặc bạn đời cũ là người đại diện cho mình.
 - Diagnosis (Chẩn đoán)* – khi quý vị được chẩn đoán mắc bệnh nặng.
 - Decline (Sụt giảm)* – khi sức khỏe của quý vị chuyển biến xấu, nhất là khi quý vị không thể tự sinh hoạt.
- Nếu quý vị thay đổi mục tiêu và ưu tiên:
 - Hãy trao đổi với (những) người đại diện, gia đình, bác sĩ của quý vị và tất cả những người có bản sao di chúc y khoa này.
 - Sau đó, hãy điền đầy đủ vào di chúc y khoa mới.
- Cắt tấm thẻ bên dưới ra, điền vào đó, gấp lại và bỏ vào ví.

TÔI CÓ DI CHỨC Y KHOA <i>(I HAVE AN ADVANCE DIRECTIVE)</i>	Tôi đã nộp di chúc y khoa tại cơ sở chăm sóc sức khỏe này <i>(My advance directive is filed at this health care facility)</i>
Tên (Name) _____ Ngày sinh (Date of birth) _____	_____ Thành phố/Tiểu bang (City/State) _____ Số điện thoại (Phone) _____
 Wisconsin Medical Society Lập kế hoạch chăm sóc dự liệu và Di chúc y khoa của Wisconsin Medical Society	Người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi là <i>(My health care agent is)</i> Tên (Name) _____ Số điện thoại (Phone) _____

Quý vị cần trợ giúp?

Tất cả người trưởng thành nên bắt đầu lập kế hoạch để đưa ra các quyết định chăm sóc sức khỏe trong tương lai và thời điểm tốt nhất để thực hiện việc này là trước khi gặp phải tình huống cần cấp cứu y tế. Hãy liên hệ với văn phòng bác sĩ, bệnh viện hoặc nguồn lực Lập kế hoạch chăm sóc dự liệu tại địa phương để tìm hiểu thêm và trao đổi với nhân viên hỗ trợ hoặc người đã qua đào tạo để được hỗ trợ trong quá trình này.



Wisconsin **Medical Society**

Lập kế hoạch chăm sóc dự liệu và Di chúc y khoa của Wisconsin Medical Society

Last Name: _____

First Name: _____

Vietnamese

MRN: _____

Di chúc y khoa bao gồm Giấy ủy quyền chăm sóc sức khỏe

Cho (For):

Tên (Name) _____ Ngày sinh (Date of Birth) _____

Số điện thoại (Di động) (Telephone (Cell)) _____ (Nơi làm việc) (Work) _____ (Nhà riêng) (Home) _____

Địa chỉ (Address) _____

Thành phố (City) _____ Tiểu bang/Mã bưu chính (State/ZIP) _____

Tôi dự định đưa bản sao của tài liệu này cho (I intend to give copies of this document to):

Tên _____

Tên _____

Tên _____

Tên _____

Tên _____

Tên _____

Tên _____

Chuyên gia chăm sóc sức khỏe/Cơ sở chăm sóc sức khỏe (Health care professional/health care facility):

Tên _____

Tên _____

Tên _____





Last Name: _____

First Name: _____

Vietnamese

MRN: _____

Thông báo cho người soạn tài liệu này

Quý vị có quyền đưa ra quyết định về việc chăm sóc sức khỏe cho bản thân mình. Nếu phản đối, quý vị sẽ không được cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào nhưng dịch vụ chăm sóc sức khỏe cần thiết có thể vẫn phải tiếp tục kể cả khi quý vị phản đối.

Vi trong một số trường hợp, các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe có thể không có cơ hội xây dựng quan hệ lâu dài với quý vị nên họ sẽ không thể hiểu rõ niềm tin và tôn chỉ cũng như chi tiết liên quan đến mối quan hệ gia đình của quý vị. Điều này sẽ gây khó khăn trong trường hợp quý vị không còn đủ tỉnh táo hoặc sức khỏe để đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho mình.

Để tránh vấn đề này, quý vị có thể ký vào tài liệu pháp lý theo đây để chỉ định người thay mặt quý vị đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe nếu quý vị không thể tự mình đưa ra những quyết định đó. Người đó sẽ được gọi là người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị. Quý vị nên dành chút thời gian để thảo luận với người được chỉ định về quan điểm và niềm tin của mình trong việc tiếp nhận điều trị y tế. Quý vị có thể nêu trong tài liệu này bất kỳ loại hình chăm sóc sức khỏe nào mình muốn hoặc không muốn, đồng thời quý vị có thể hạn chế thẩm quyền người đại diện chăm sóc sức khỏe của mình. Nếu người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị không biết quý vị có mong muốn gì đối với một quyết định chăm sóc sức khỏe cụ thể thì họ phải xác định đâu là điều mang lại lợi ích tốt nhất cho quý vị khi đưa ra quyết định.

Đây là tài liệu pháp lý quan trọng. Tài liệu này trao cho người đại diện của quý vị nhiều quyền hạn để đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe thay quý vị. Theo đó, mọi giấy ủy quyền chăm sóc sức khỏe trước đây mà quý vị đã soạn sẽ bị thu hồi. Nếu muốn thay đổi giấy ủy quyền chăm sóc sức khỏe, quý vị có thể thu hồi tài liệu này bất cứ lúc nào bằng cách tiêu hủy, yêu cầu người khác tiêu hủy trước mặt quý vị, ký tên và đề ngày tháng vào một văn bản tuyên bố hoặc tuyên bố tài liệu đó đã bị thu hồi trước sự chứng kiến của hai nhân chứng. Nếu thu hồi, quý vị nên thông báo cho người đại diện, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị và mọi cá nhân có bản sao tài liệu đó. Nếu người đại diện của quý vị là vợ/chồng hoặc bạn đời sống chung của quý vị nhưng hai người đã ly hôn hoặc ly dị hoặc mối quan hệ chung sống đã chấm dứt sau khi ký vào tài liệu này thì tài liệu đó không hợp lệ.

Quý vị cũng có thể sử dụng tài liệu này để thực hiện hoặc từ chối thực hiện hiến tặng mô, tạng sau khi qua đời. Nếu quý vị sử dụng tài liệu này để thực hiện hoặc từ chối thực hiện hiến tặng mô, tạng thì tài liệu này sẽ thu hồi mọi hồ sơ hiến tặng trước đó mà quý vị đã thực hiện. Quý vị có thể thu hồi hoặc thay đổi mọi quyết định hiến tặng mô, tạng đã đưa ra trong tài liệu này bằng cách gạch bỏ điều khoản hiến tặng mô, tạng trong tài liệu này.

Vui lòng không ký vào tài liệu này khi chưa hiểu rõ. Quý vị nên đính bản gốc của tài liệu này vào hồ sơ khám bệnh.





Last Name: _____

First Name: _____

MRN: _____

Phần 1: Người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi

Nếu quý vị không thể tự đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho mình nữa thì di chúc y khoa này sẽ được sử dụng để chỉ định người mà quý vị ủy quyền đưa ra những lựa chọn này thay quý vị. Người này sẽ là người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị. Luật tiểu bang quy định người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị sẽ chỉ đưa ra các lựa chọn chăm sóc sức khỏe thay quý vị sau khi bác sĩ và/hoặc các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác được ủy quyền theo luật hiện hành của tiểu bang xác định rằng quý vị không còn khả năng đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe. Người đại diện của quý vị sẽ đưa ra quyết định chăm sóc y tế phù hợp với mong muốn của quý vị nếu quý vị có khả năng quyết định. Quý vị và (những) người đại diện chăm sóc sức khỏe của mình nên thường xuyên thảo luận về sức khỏe cũng như các lựa chọn chăm sóc sức khỏe của quý vị.

Hãy chọn người biết rõ về quý vị. Người này phải là người mà quý vị tin tưởng, tôn trọng mục tiêu cũng như tôn chỉ của quý vị. Người này cũng phải có khả năng đưa ra những quyết định khó khăn, gây áp lực. Thành viên trong gia đình thường là lựa chọn tốt, nhưng không phải lúc nào cũng vậy. Hãy chọn người sẽ nghe theo mong muốn của quý vị cũng như ủng hộ lựa chọn của quý vị. Đừng quên trao đổi về nội dung tài liệu này cùng quan điểm của quý vị với (những) người mà quý vị chọn làm người đại diện sức khỏe cho mình.

Người đại diện chăm sóc sức khỏe ít nhất phải đủ 18 tuổi. Người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị không được là một trong những nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho quý vị hoặc nhân viên của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đó, trừ khi người đó là người thân họ hàng.

Người tôi chọn làm đại diện chăm sóc sức khỏe của mình là (The person I choose as my health care agent is):

Tên (Name) _____ Quan hệ với bệnh nhân (Relationship) _____

Số điện thoại (Di động) (Telephone (Cell)) _____ (Nơi làm việc) (Work) _____ (Nhà riêng) (Home) _____

Địa chỉ (Address) _____

Thành phố (City) _____ Tiểu bang/Mã bưu chính (State/ZIP) _____

Nếu người này không thể hoặc không sẵn sàng thay tôi ra quyết định, thì lựa chọn tiếp theo của tôi là:

Lựa chọn thứ hai (Second choice):

Tên (Name) _____ Quan hệ với bệnh nhân (Relationship) _____

Số điện thoại (Di động) (Telephone (Cell)) _____ (Nơi làm việc) (Work) _____ (Nhà riêng) (Home) _____

Địa chỉ (Address) _____

Thành phố (City) _____ Tiểu bang/Mã bưu chính (State/ZIP) _____

Nếu người này không thể hoặc không sẵn sàng thay tôi ra quyết định, thì lựa chọn tiếp theo của tôi là:

Lựa chọn thứ ba (Third choice):

Tên (Name) _____ Quan hệ với bệnh nhân (Relationship) _____

Số điện thoại (Di động) (Telephone (Cell)) _____ (Nơi làm việc) (Work) _____ (Nhà riêng) (Home) _____

Địa chỉ (Address) _____

Thành phố (City) _____ Tiểu bang/Mã bưu chính (State/ZIP) _____

Tôi không có người đại diện chăm sóc sức khỏe. Thay vào đó, tôi muốn việc chăm sóc sức khỏe cho tôi tiến hành theo Phần 3 của tài liệu này.

(I do not have a health care agent. Instead, I want Part 3 of this document to guide my health care)





Last Name: _____

First Name: _____

Vietnamese

MRN: _____

Phần 2: Quyền hạn chung của người đại diện chăm sóc sức khỏe

Để hoàn thành phần này:

Hãy gạch ngang bất kỳ nội dung nào trong ô bên dưới mà quý vị **không** muốn người đại diện y tế của mình thực hiện. Gạch ngang sẽ trông như thế này: ~~Quyết định về~~

Tôi muốn người đại diện chăm sóc sức khỏe của mình có thể:

- Đưa ra quyết định liên quan đến việc xét nghiệm, thuốc, phẫu thuật và các dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác. Nếu việc điều trị đã bắt đầu, người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi có quyền cho tiếp tục hoặc yêu cầu dừng lại dựa trên hướng dẫn của tôi hoặc vì lợi ích tốt nhất cho tôi.
(Decide on tests, medicine, surgery and other medical care. If treatment has started, my agent can keep it going or stop it, based on my instructions or my best interests.)
- Diễn giải chỉ thị của tôi dựa trên những gì họ biết về mong muốn và tôn chỉ của tôi.
(Interpret my instructions based on what he or she knows of my preferences and values.)
- Xem xét và cung cấp thông tin bệnh án cũng như hồ sơ cá nhân của tôi khi cần để phục vụ việc chăm sóc sức khỏe cho tôi.
(Review and release my medical records and personal files as needed for my medical care.)
- Sắp xếp việc chăm sóc sức khỏe và điều trị cho tôi ở Wisconsin hoặc bất kỳ tiểu bang nào khác.
(Arrange for my medical care and treatment in Wisconsin or any other state.)
- Đưa ra quyết định liên quan đến việc hiến tạng hoặc mô (hiến tạng giải phẫu) sau khi tôi qua đời theo mong muốn và tôn chỉ của tôi.
(Decide whether organs or tissues (anatomical gifts) can be donated after my death according to my preferences and values.)

Các giới hạn về việc điều trị sức khỏe tâm thần tại Wisconsin

Luật Wisconsin quy định người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi không được đưa hoặc gửi tôi vào cơ sở nội trú để điều trị sức khỏe tâm thần. Nghĩa là tại Wisconsin, người đại diện của tôi không thể đưa tôi vào:

- cơ sở điều trị bệnh tâm thần
- cơ sở chăm sóc trung gian dành cho người thiếu năng trí tuệ, hoặc
- cơ sở điều trị sức khỏe tâm thần của tiểu bang.

Người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi có thể không đồng ý với bất kỳ phương pháp điều trị sức khỏe tâm thần quyết liệt nào dành cho tôi. Những phương pháp điều trị này bao gồm nghiên cứu thử nghiệm sức khỏe tâm thần, phẫu thuật não hoặc liệu pháp sốc điện.





Last Name: _____

First Name: _____

Vietnamese

MRN: _____

Để hoàn thành ba câu hỏi tiếp theo:

Hãy ký nháy hoặc đánh dấu vào ô bên cạnh một câu trong mỗi phần mà quý vị đồng ý.

Tại Wisconsin, nếu quý vị không đánh dấu bất kỳ ô nào trong một phần hoặc chọn “không”, thì chỉ có tòa án mới có thể đưa ra quyết định chứ không phải người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị.

1. Quyền của người đại diện trong việc đưa ra quyết định đưa tôi vào viện dưỡng lão hoặc cơ sở nội trú dựa vào cộng đồng để chăm sóc dài hạn.

Lưu ý: Người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị có quyền đưa quý vị vào viện dưỡng lão hoặc cơ sở chăm sóc (cơ sở nội trú dựa vào cộng đồng) để lưu trú **ngắn hạn**. Ví dụ: Có thể quý vị cần được chăm sóc để hồi phục hậu phẫu trước khi về nhà.

Nếu tôi cần được chăm sóc dài hạn vì bất kỳ lý do gì, thì (*If I need long-term care for any reason, then*):

Có, người đại diện có thể quyết định đưa tôi vào viện dưỡng lão hoặc cơ sở nội trú dựa vào cộng đồng để lưu trú dài hạn. (*Yes, my agent can make the decision to admit me to a nursing home or community-based residential facility for a long-term stay.*)

Không, người đại diện không thể quyết định đưa tôi vào viện dưỡng lão hoặc cơ sở nội trú dựa vào cộng đồng để lưu trú dài hạn. (*No, my agent cannot make the decision to admit me to a nursing home or community-based residential facility for a long-term stay.*)

Tại Wisconsin, chọn “không” hoặc để trống phần này nghĩa là tôi sẽ không bị đưa vào cơ sở chăm sóc dài hạn ở Wisconsin nếu không có lệnh của tòa án.

2. Quyền của người đại diện trong việc đưa ra quyết định từ chối hoặc cho phép tháo ống truyền thức ăn và/hoặc truyền dịch tĩnh mạch. (*Agent authority to make the decision to refuse or have removed a feeding tube and/or IV fluids.*)

Có, người đại diện của tôi có thể quyết định từ chối hoặc ngừng truyền thức ăn bằng ống và/hoặc truyền dịch tĩnh mạch. (*Yes, my agent can make the decision to refuse or stop tube feedings and/or IV fluids.*)

Không, người đại diện của tôi không thể quyết định từ chối hoặc ngừng truyền thức ăn bằng ống và/hoặc truyền dịch tĩnh mạch. (*No, my agent cannot make the decision to refuse or stop tube feedings and/or IV fluids.*)

Tại Wisconsin, chọn “không” hoặc để trống phần này nghĩa là không ai được từ chối hoặc ngừng truyền thức ăn bằng ống và/hoặc truyền dịch tĩnh mạch nếu không có lệnh của tòa án.

3. Quyền của người đại diện trong việc đưa ra quyết định về việc chăm sóc sức khỏe khi bệnh nhân mang thai. (*Agent authority to make health care decisions during pregnancy.*)

Có, người đại diện của tôi có thể đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho tôi nếu tôi mang thai. (*Yes, my agent can make health care decisions for me if I am pregnant.*)

Không, người đại diện của tôi không thể đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho tôi nếu tôi mang thai. (*No, my agent cannot make health care decisions if I am pregnant.*)

Nội dung này không áp dụng với tôi. (*This does not apply to me.*)

Tại Wisconsin, chọn “không” hoặc để trống phần này nghĩa là không ai có thể thay tôi đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe khi tôi mang thai nếu không có lệnh của tòa án.





Phần 3: Tuyên bố mong muốn, hướng dẫn chăm sóc hoặc giới hạn

Phần 3 giúp quý vị làm rõ mong muốn của mình. Người đại diện chăm sóc sức khỏe và bác sĩ của quý vị sẽ tham khảo phần này khi chăm sóc cho quý vị. Nếu quý vị không nêu tên người đại diện chăm sóc sức khỏe hoặc nếu không thể liên lạc được với người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị, quý vị có thể hướng dẫn việc chăm sóc cho mình bằng những lựa chọn dưới đây. Quý vị nên trao đổi với người đại diện chăm sóc sức khỏe của mình về loại hình chăm sóc mong muốn, ngay cả khi không đưa ra lựa chọn trong phần này.

Quý vị không bắt buộc phải hoàn thành phần này của tài liệu.

Để hoàn thành phần này:

Hãy ký nháy hoặc đánh dấu vào ô bên cạnh một câu mà quý vị đồng ý.

Quý vị có thể thêm các hướng dẫn chăm sóc cụ thể khác ở trang 7.

1. Các phương pháp điều trị có thể kéo dài sự sống nếu tôi ở trong tình huống cần dùng. (Treatments that may prolong life if I am in this situation.)

Nếu tôi bị bệnh hoặc bị thương và các bác sĩ của tôi cho rằng tôi có rất ít khả năng hồi phục nhận thức để biết mình là ai, gia đình và bạn bè của tôi là ai hoặc tôi đang ở đâu, thì đây là lựa chọn của tôi:

Tôi muốn từ chối hoặc ngừng tất cả các phương pháp điều trị. Một số ví dụ như máy trợ thở (mặt nạ/máy thở), ống truyền thức ăn, sản phẩm từ máu, kháng sinh hoặc dịch truyền cho tôi qua tĩnh mạch, phương pháp điều trị các bệnh mãn tính hoặc các loại thuốc khác. (I want to refuse or stop all treatments.)

Tôi muốn tiếp nhận tất cả các phương pháp điều trị để duy trì sự sống, trừ khi bác sĩ xác định rằng các phương pháp điều trị sẽ có hại nhiều hơn là có ích. (I want to receive all treatments to keep me alive, unless my doctor determines the treatments would harm me more than help me.)

Dù chọn lựa chọn nào đi nữa, tôi hiểu rằng tôi vẫn sẽ được chăm sóc để đảm bảo sạch sẽ và thoải mái. Tôi sẽ tiếp tục dùng thuốc giảm đau và thuốc an thần cũng như ăn và uống bằng miệng nếu tôi có thể nuốt an toàn.

2. Hồi sức tim phổi (CPR). (Cardiopulmonary resuscitation (CPR).)

Dựa trên tình trạng sức khỏe hiện tại của tôi, đây là lựa chọn của tôi về CPR nếu tôi ngừng tim hoặc ngừng thở.

Tôi muốn thực hiện CPR trừ khi bác sĩ của tôi xác định (I want CPR attempted unless my doctor determines):

- Tôi có tình trạng bệnh lý và không có cơ hội hợp lý nào cho thấy tôi có thể sống sót nhờ CPR, (I have a medical condition and no reasonable chance of survival with CPR,) HOẶC (OR)
- CPR sẽ gây hại nhiều hơn là giúp ích cho tôi. (CPR would harm me more than help me.)

Tôi không muốn làm CPR. Hãy để tôi ra đi tự nhiên. (I do not want CPR. Let me die a natural death.)

Nếu quý vị không muốn nhân viên cấp cứu thực hiện CPR, quý vị cần thảo luận với bác sĩ xem cần thêm những tài liệu nào khác.





Last Name: _____

First Name: _____

Vietnamese

MRN: _____

Hướng dẫn chăm sóc cụ thể để đáp ứng mục tiêu và mong muốn của tôi trong một số trường hợp nhất định:
(*Specific care instructions to meet my goals and preferences in certain situations*)

Mong muốn thoải mái: Tôi muốn được duy trì trạng thái thoải mái bằng những yếu tố như nghe bản nhạc yêu thích, đắp chăn ấm, điều chỉnh tư thế nằm trên giường tốt nhất. (*Comfort preferences*)

Hãy hội ý với những người khác khi đưa ra quyết định về việc chăm sóc tôi: (Nếu có thời gian, hãy cố gắng mời những người này tham gia đưa ra quyết định chăm sóc tôi.) (*Including others when making decisions about my care*)

Nếu tôi sắp ra đi và không thể giao tiếp, tôi muốn gửi cho bạn bè và gia đình những tin nhắn cá nhân này:
(*If I am near death and cannot communicate, I want to give my friends and family these personal messages*)





Last Name: _____

First Name: _____

Vietnamese

MRN: _____

Nếu tôi sắp ra đi, tôi muốn: (Ví dụ: mở bản nhạc yêu thích, tổ chức nghi lễ, trang trí đèn mờ, tuyên úy của bệnh viện hoặc ai đó trong cộng đồng tín ngưỡng của tôi đến thăm.) *(If I am near death, things I would want)*

Để hoàn thành phần này:

Hãy ký nháy hoặc đánh dấu vào ô bên cạnh câu mà quý vị đồng ý.

Đây là một số mong muốn của tôi sau khi qua đời:

Hiển tạng hoặc mô (hiển tạng mô, tạng)
(Donation of my organs or tissue (anatomical gifts))

Ví dụ về tạng gồm thận, gan, tim và phổi. Ví dụ về mô gồm mắt, da, xương và van tim.

- A.** Tôi không muốn hiến tạng bất kỳ bộ phận cơ thể nào của mình.
(I do not wish to donate any part of my body.)
- B.** Sau khi qua đời, tôi muốn hiến tạng bất kỳ bộ phận nào trên cơ thể mình để có thể giúp đỡ người khác.
(After I die, I wish to donate any parts of my body that may help others.)
- C.** Sau khi qua đời, tôi **chỉ** muốn hiến tạng những cơ quan và mô này
*(After I die, I wish to donate **only** these organs and tissue):* _____





Last Name: _____

First Name: _____

Vietnamese

MRN: _____

Phần 4: Hợp pháp hóa tài liệu

Tại Winconsin: Tài liệu này phải được ký và ghi ngày trước sự có mặt của hai nhân chứng đáp ứng các tiêu chuẩn được trình bày bên dưới. Không thể dùng công chứng viên thay cho hai nhân chứng. *(In Wisconsin: This document must be signed and dated in the presence of two witnesses who meet the qualifications explained below. A notary public cannot be used instead of the two witnesses.)*

Tại Minnesota hoặc Iowa: Tài liệu này phải được ký và ghi ngày trước sự có mặt của hai nhân chứng đáp ứng các tiêu chuẩn được trình bày bên dưới HOẶC với sự chứng kiến của công chứng viên.

Chữ ký của tôi và ngày tháng ký (My signature and date)

Tôi là người có đầu óc tỉnh táo. Tôi đồng ý với tất cả nội dung viết trong tài liệu này.

(I am of sound mind. I agree with everything written in this document.)

Tôi đã tự nguyện hoàn thành tài liệu này. *(I have completed this document of my free will.)*

Chữ ký của tôi (My signature) _____ Ngày (Date) _____

Nếu không tự ký tên được thì tôi xin yêu cầu (viết tên in hoa) *(If I cannot sign my name, I ask (print name))* _____ thay tôi ký tên. *(to sign for me.)*

Chữ ký của người tôi nhờ ký thay (Signature of the person I asked to sign for me) _____

Lời khai của nhân chứng (Statement of witnesses)

A. Bằng việc ký vào tài liệu này với tư cách là nhân chứng, tôi xác nhận rằng tôi *(By signing this document as a witness, I certify I am):*

- Từ đủ 18 tuổi trở lên. *(At least 18 years old.)*
- Không có mối quan hệ huyết thống, hôn nhân, quan hệ bạn đời sống chung hoặc nhận con nuôi với người ký tài liệu này. *(Not related by blood, marriage, domestic partnership, or adoption to the person signing this document.)*
- Không phải là người đại diện chăm sóc sức khỏe do người ký tài liệu này chỉ định. *(Not a health care agent appointed by the person signing this document.)*
- Không chịu trách nhiệm trực tiếp về mặt tài chính cho việc chăm sóc sức khỏe của người này. *(Not directly financially responsible for this person's health care.)*
- Không phải nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trực tiếp cho người này hiện tại. *(Not a health care provider directly serving the person at this time.)*
- Không phải nhân viên của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trực tiếp cho người này hiện tại. *(Not an employee of a health care provider directly serving the person at this time.)*

Tại Wisconsin, nhân viên công tác xã hội và tuyên úy có thể đóng vai trò là nhân chứng ngay cả khi đang làm việc cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

(In Wisconsin, social workers and chaplains may serve as witnesses even if employed by the health care provider.)

- Không biết rằng tôi có quyền hoặc có tư cách đối với di sản của người này. *(Not aware that I am entitled to or have a claim against the person's estate.)*

B. Tôi biết đây là người được nêu trong tài liệu. Tôi cho rằng người này có đầu óc minh mẫn và từ đủ 18 tuổi trở lên. Cá nhân tôi đã chứng kiến người này ký vào tài liệu và tôi cho rằng người này đã tự nguyện làm như vậy.

(I know this to be the person identified in the document. I believe this person to be of sound mind and at least 18 years old. I personally witnessed this person sign this document, and I believe that this person did so voluntarily.)

Nhân chứng số một (Witness Number One):

Chữ ký (Signature) _____ Ngày (Date) _____

Tên viết in hoa (Print Name) _____

Địa chỉ (Address) _____

Thành phố (City) _____ Tiểu bang/Mã bưu chính (State/ZIP) _____

Nhân chứng số hai (Witness Number Two):

Chữ ký (Signature) _____ Ngày (Date) _____

Tên viết in hoa (Print Name) _____

Địa chỉ (Address) _____

Thành phố (City) _____ Tiểu bang/Mã bưu chính (State/ZIP) _____

