

**BẢN CHỈ DẪN TRƯỚC BỔ SUNG CỦA TIỂU BANG VIRGINIA
DÀNH CHO CÁC CHỨNG BỆNH TÂM THẦN**

Tôi, _____
Tên Viết Bằng Chữ In của Người Lập Bản Chỉ Dẫn Trước Bổ Sung về Chăm Sóc Sức Khỏe Tâm Thần Đây (Người Tuyên Bỏ)
(Printed Name of Individual Making This Supplement for Mental Health Care (Declarant))

chủ ý và tự nguyện cho biết các nguyện vọng của tôi trong trường hợp tôi không thể quyết định sáng suốt về việc chăm sóc sức khỏe của tôi. Mục đích của tài liệu này là bổ sung cho bản chỉ dẫn trước về chăm sóc sức khỏe mà tôi đã ký vào ngày _____
Ghi ngày (Insert Date)

Tài liệu này có các hướng dẫn cụ thể để quản lý việc chăm sóc sức khỏe cho tôi nếu tôi mắc bệnh về tâm thần.

I: CÁC THẨM QUYỀN ĐẶC BIỆT CỦA NGƯỜI ĐẠI DIỆN TRONG VIỆC CHO PHÉP CHĂM SÓC SỨC KHỎE TRÁI VỚI SỰ PHẢN ĐỐI CỦA TÔI

Mục này có các hướng dẫn cụ thể của tôi về việc chăm sóc chữa trị nếu tôi từ chối sự chăm sóc chữa trị mà người đại diện chăm sóc sức khỏe và bác sĩ của tôi tin là cần thiết cho tôi.

(GẠCH BỎ BẤT KỲ THẨM QUYỀN NÀO MÀ QUÝ VỊ KHÔNG MUỐN GIAO CHO NGƯỜI ĐẠI DIỆN.)

Các thẩm quyền của người đại diện của tôi sẽ bao gồm:

1. Cho phép tôi nhập viện vào một cơ sở chăm sóc sức khỏe để chữa bệnh tâm thần theo sự cho phép của luật pháp, ngay cả khi tôi phản đối.
2. Cho phép thực hiện biện pháp chăm sóc sức khỏe hợp pháp khác mà người đại diện chăm sóc sức khỏe và bác sĩ của tôi tin là cần thiết cho tôi, ngay cả khi tôi phản đối. Điều này bao gồm **bất kỳ** dạng chăm sóc sức khỏe nào trừ khi tôi có yêu cầu khác theo các chỉ dẫn cụ thể bằng văn bản của tôi trong tài liệu này, trong bản chỉ dẫn trước của tôi, hoặc trong phần ghi dưới đây.

Tôi không cho phép thực hiện dạng chăm sóc sức khỏe cụ thể này:

[ĐỂ GIAO CHO NGƯỜI ĐẠI DIỆN CỦA QUÝ VỊ BẤT KỲ THẨM QUYỀN NÀO NÓI TRÊN, BÁC SĨ HOẶC BÁC SĨ CHUYÊN KHOA TÂM LÝ CÓ GIẤY PHÉP HÀNH NGHỀ CỦA QUÝ VỊ PHẢI KÝ TÊN VÀO PHẦN XÁC NHẬN TRONG Ô DƯỚI ĐÂY].

Tôi là bác sĩ hoặc bác sĩ chuyên khoa tâm lý có giấy phép hành nghề, biết rõ người lập bản chỉ dẫn trước bổ sung cho chăm sóc sức khỏe này. Tôi xác nhận rằng ông ta hoặc bà ta hiện có khả năng quyết định sáng suốt và ông ta hoặc bà ta hiểu các hậu quả của việc giao các thẩm quyền đặc biệt cho người đại diện theo Mục I của bản chỉ dẫn trước bổ sung này.

Chữ ký của bác sĩ hoặc bác sĩ chuyên khoa tâm lý có giấy phép hành nghề
(Physician or Licensed Clinical Psychologist Signature)

Ngày
(Date)

Tên viết bằng chữ in và địa chỉ của bác sĩ hoặc bác sĩ chuyên khoa tâm lý có giấy phép hành nghề
(Physician or Licensed Clinical Psychologist Printed Name and Address)

II: CÁC HƯỚNG DẪN KHÁC VỀ CHỮA TRỊ TÂM THẦN, NẾU CÓ

[NẾU QUÝ VỊ MUỐN ĐƯA RA CHỈ DẪN THÊM VỀ VIỆC CHỮA TRỊ TÂM THẦN, QUÝ VỊ CÓ THỂ GHI Ở ĐÂY. QUÝ VỊ CÓ THỂ SỬ DỤNG MỤC NÀY ĐỂ CHỈ DẪN VIỆC CHỮA TRỊ TÂM THẦN CỦA QUÝ VỊ, NGAY CẢ KHI QUÝ VỊ KHÔNG CÓ NGƯỜI ĐẠI DIỆN. NẾU QUÝ VỊ KHÔNG ĐƯA RA CÁC CHỈ DẪN CỤ THỂ, VIỆC CHỮA TRỊ TÂM THẦN CỦA QUÝ VỊ SẼ DỰA TRÊN CÁC QUAN ĐIỂM VÀ NGUYỆN VỌNG CỦA QUÝ VỊ, TRONG PHẠM VI ĐƯỢC LUẬT PHÁP CHO PHÉP, CÒN NẾU KHÔNG SẼ VÌ QUYỀN LỢI TỐT NHẤT CỦA QUÝ VỊ.]

A. Cụ thể là tôi yêu cầu được nhận dịch vụ chữa trị tâm thần sau đây nếu cần thiết về y khoa:

B. Cụ thể là tôi yêu cầu không nhận dịch vụ chữa trị tâm thần sau đây:

C. [THAY VÌ ĐƯA RA CÁC CHỈ DẪN BẰNG VẤN BẮN TRONG MẪU ĐIỀN NÀY, QUÝ VỊ CÓ THỂ YÊU CẦU PHẢI CUNG CẤP DỊCH VỤ CHỮA TRỊ TÂM THẦN CHO QUÝ VỊ THEO KẾ HOẠCH CAN THIỆP KHỦNG HOẢNG. NẾU QUÝ VỊ ĐÃ CÓ MỘT KẾ HOẠCH CAN THIỆP KHỦNG HOẢNG, VUI LÒNG ĐÁNH DẤU VÀO Ô SAU ĐÂY VÀ GỬI KÈM BẢN KẾ HOẠCH CAN THIỆP KHỦNG HOẢNG ĐÓ VỚI TÀI LIỆU NÀY.]

Tôi muốn là sự chăm sóc cho tôi phải phù hợp với nguyện vọng mà tôi đã nêu ra trong kế hoạch khủng hoảng đính kèm tới phạm vi mà luật pháp cho phép.

CHỨNG NHẬN VÀ QUYỀN HỦY BỎ: Khi ký tên dưới đây, tôi xác nhận rằng tôi hiểu bản hướng dẫn trước bổ sung về chữa trị tâm thần này và tôi chú ý và tự nguyện ký. Tôi cũng hiểu rằng tôi có thể hủy bỏ toàn bộ hoặc bất kỳ phần nào trong tài liệu này vào bất cứ lúc nào theo qui định của luật pháp.

Ngày (Date)

Chữ Ký của Người Xác Nhận (Signature of Declarant)

Người xác nhận ký bản chỉ dẫn trước nói trên trước sự có mặt của tôi. [CẦN CÓ HAI NGƯỜI LÀM CHỨNG ĐÃ THÀNH NIÊN]

Chữ ký của
người làm
chứng
(Witness
Signature)

Tên viết bằng
chữ in của
người làm
chứng
(Witness
Printed)

Chữ ký của
người làm
chứng
(Witness
Signature)

Tên viết bằng
chữ in của
người làm
chứng
(Witness
Printed)

LƯU Ý: NÊN GIỮ BẢN CHỈ DẪN TRƯỚC BỔ SUNG VỀ CHỮA TRỊ TÂM THẦN NÀY CÙNG VỚI BẢN CHỈ DẪN TRƯỚC TỔNG QUÁT CỦA QUÝ VỊ.

Mẫu điền này hội đủ các yêu cầu của Đạo Luật Quyết Định về Chăm Sóc Sức Khỏe của Tiểu Bang (Virginia's Health Care Decisions Act). Nếu quý vị có các câu hỏi pháp lý về mẫu điền này hoặc muốn lập một bản chỉ dẫn khác phù hợp hơn với nhu cầu riêng của quý vị, quý vị nên nói chuyện với luật sư. Quý vị có trách nhiệm cung cấp một bản sao của bản chỉ dẫn trước về chăm sóc sức khỏe của quý vị cho bác sĩ điều trị. Quý vị cũng nên đưa bản sao cho người đại diện của quý vị, họ hàng thân thích và/hoặc bạn bè.

Mẫu chỉ dẫn trước này do Hiệp Hội Y-Tế và Bệnh Viện Virginia (Virginia Hospital & Healthcare Association) cung cấp để phục vụ nhu cầu của các hội viên và công chúng. (Tháng Ba 2010, www.vhha.com)