



Tôi, _____ sẵn sàng và tự nguyện
 Tên (First Name) Họ (Last Name) Ngày sinh (Date of Birth)

đưa ra mong muốn của mình trong trường hợp bác sĩ của tôi xác định tôi không đủ khả năng đưa ra quyết định sáng suốt như sau:

I. Chỉ Định Và Quyền Của Đại Diện Của Tôi

Sau đây tôi chỉ định: _____
 Tên Của Đại Diện Chính (Name of Primary Agent) Số Điện Thoại (Telephone Number) Thành Phố/Tiểu Bang (City/State)

làm đại diện của tôi để đưa ra các quyết định về y tế thay cho tôi như được ủy quyền trong tài liệu này. Nếu đại diện chính không có mặt hay không thể hay không sẵn sàng trở thành đại diện của tôi, vậy tôi sẽ chỉ định người sau đây trở thành (các) đại diện dự bị của tôi:

_____ Tên Của (Các) Đại Diện Dự Bị (Name of Back-up Agent(s)) Số Điện Thoại (Telephone Number) Thành Phố/Tiểu Bang (City/State)

Đại diện của tôi chỉ có quyền khi, và chỉ với điều kiện, tôi đã được xác định là không đủ khả năng đưa ra quyết định sáng suốt. Tôi muốn đại diện của tôi tuân theo các mong muốn và ưu tiên của tôi như được nêu trong tài liệu này hoặc như đại diện của tôi được biết khi đưa ra các quyết định về y tế thay cho tôi. Nếu đại diện của tôi không thể đưa ra quyết định về lựa chọn y tế mà tôi sẽ thực hiện cho mình, tôi muốn đại diện của tôi đưa ra lựa chọn dựa trên điều mà họ tin rằng sẽ đem lại lợi ích tốt nhất cho tôi. Quyền hạn của đại diện của tôi sẽ bao gồm như sau, trừ những mục mà tôi đã gạch bỏ:

- Đồng ý, từ chối hay hủy bỏ sự đồng ý với mọi loại chăm sóc sức khỏe, điều trị, thủ thuật phẫu thuật hay chẩn đoán, thuốc điều trị, sử dụng công nghệ hay thủ thuật khác ảnh hưởng đến chức năng cơ thể của tôi, bao gồm nhưng không hạn chế bởi hô hấp nhân tạo (bằng máy hô hấp), dinh dưỡng nhân tạo (bằng ống cho ăn) và hydrat hóa (dịch IV) và hồi sức tim phổi (Cardiopulmonary Resuscitation (CPR)).
- Yêu cầu, nhận và xem xét các thông tin bằng lời nói hay văn bản về sức khỏe thể chất hay tâm thần của tôi, bao gồm nhưng không hạn chế bởi các hồ sơ y tế và bệnh viện, và đồng ý với việc tiết lộ thông tin này.
- Tuyển dụng và sa thải các nhà cung cấp dịch vụ y tế của tôi.
- Thực hiện các hành động hợp pháp có thể cần thiết để thực hiện các quyết định này, bao gồm cả cho phép miễn trừ trách nhiệm cho nhà cung cấp y tế.
- Đại diện của tôi có quyền đưa ra quyết định về sắp xếp tang lễ cho tôi, trừ khi tôi chỉ định người khác ở đây:

_____ Tên (Name) Số Điện Thoại (Telephone Number) Thành Phố/Tiểu Bang (City/State)

II. Hướng Dẫn Cụ Thể Về Chăm Sóc Sức Khỏe Cho Tôi HOẶC Tôi không hoàn thành phần này

Tôi hiểu tài liệu này và tôi sẵn sàng và tự nguyện ký tên vào đây. Tôi cũng hiểu rằng tôi có thể hủy bỏ bất kỳ hay tất cả mọi phần trong đó tại bất cứ thời điểm nào theo quy định của pháp luật. **Tôi cũng hiểu rằng tôi có thể thay đổi đại diện y tế của mình bất cứ lúc nào bằng cách lập chỉ dẫn trước về y tế mới và cung cấp bản sao cho nhà cung cấp y tế của tôi.**

Bệnh nhân (chữ ký): _____ Ngày: _____
 (Patient signature) (Date)

Người có tên nói trên đã ký vào bản chỉ dẫn trước này dưới sự có mặt của tôi (cần HAI người lớn chứng kiến):

Nhân chứng (chữ ký): _____ (tên viết in): _____ Ngày: _____
 (Witness signature) (print name) (Date)

Nhân chứng (chữ ký): _____ (tên viết in): _____ Ngày: _____
 (Witness signature) (print name) (Date)

_____ Bằng cách ký tắt ở đây, tôi chọn không đưa ra quyết định nào khác về chăm sóc của tôi. Nếu tôi muốn tiếp tục đưa ra quyết định về chăm sóc của mình, tôi sẽ hoàn thành và ký vào mặt sau của trang này.

PATIENT IDENTIFICATION

If label is not available, please complete:

Patient Name: _____

Date of Birth: _____ Medical Record # _____

Gender: Male Female

Inova

Chỉ Dẫn Trước Về Y Tế Virginia

Virginia Advance Directive for Health Care

IAH IFH IFOH ILH IMVH

VIETNAMESE



III. Hướng Dẫn Y Tế Bổ Sung HOẶC

Tôi không hoàn thành phần này

1. Trong trường hợp tôi sắp không qua khỏi và điều trị y tế sẽ không giúp tôi phục hồi:

Chọn MỘT tùy chọn:

- Tôi không muốn điều trị để kéo dài cuộc sống của mình. Điều này có thể bao gồm cho ăn qua ống, truyền dịch IV, hồi sức tim phổi (*Cardiopulmonary Resuscitation (CPR)*), đặt ống thở (máy thở), thẩm tách thận hay kháng sinh. Tôi hiểu rằng tôi sẽ vẫn nhận được điều trị để giảm bớt đau đớn và khiến tôi thoải mái hơn. **(HOẶC)**
- Tôi muốn tất cả điều trị để kéo dài cuộc sống của tôi nhiều nhất có thể trong giới hạn tiêu chuẩn y tế được chấp nhận chung. Tôi hiểu rằng tôi sẽ nhận được điều trị để giảm bớt đau đớn và khiến tôi cảm thấy thoải mái.

2. Nếu tình trạng của tôi khiến tôi không nhận thức được mình hay môi trường xung quanh hay không thể tương tác với người khác, và có lý do chắc chắn rằng tôi sẽ không bao giờ khôi phục nhận thức hay khả năng này:

Chọn MỘT tùy chọn:

- Tôi không muốn điều trị để kéo dài cuộc sống của mình. Điều này có thể bao gồm cho ăn qua ống, truyền dịch IV, hồi sức tim phổi (*Cardiopulmonary Resuscitation (CPR)*), đặt ống thở (máy thở), thẩm tách thận hay kháng sinh. Tôi hiểu rằng tôi sẽ vẫn nhận được điều trị để giảm bớt đau đớn và khiến tôi thoải mái hơn. **(HOẶC)**
- Tôi muốn tất cả điều trị để kéo dài cuộc sống của tôi nhiều nhất có thể trong giới hạn tiêu chuẩn y tế được chấp nhận chung. Tôi hiểu rằng tôi sẽ nhận được điều trị để giảm bớt đau đớn và khiến tôi cảm thấy thoải mái. **(HOẶC)**
- Tôi muốn thử điều trị trong một khoảng thời gian với hy vọng tình trạng của tôi có một vài chuyển biến. Tôi đề nghị _____ là khoảng thời gian mà sau đó điều trị nên dừng lại nếu tình trạng của tôi không cải thiện. Khoảng thời gian chính xác sẽ tùy theo quyết định của đại diện của tôi sau khi họ thảo luận với bác sĩ. Tôi hiểu rằng tôi sẽ vẫn nhận được điều trị để giảm bớt đau đớn và khiến tôi thoải mái hơn.

IV. Hướng Dẫn Chăm Sóc Sức Khỏe Tâm Thần Bổ Sung HOẶC

Tôi không hoàn thành phần này

Quý vị có thể sử dụng phần này để đưa ra thêm hướng dẫn về chăm sóc sức khỏe tâm thần của mình. Nếu quý vị không đưa ra hướng dẫn cụ thể, chăm sóc sức khỏe tâm thần của quý vị sẽ dựa trên các giá trị và mong muốn của quý vị, nếu được biết, đến mức độ mà luật pháp cho phép.

A. Tôi có yêu cầu cụ thể rằng tôi sẽ nhận được chăm sóc sức khỏe tâm thần sau đây nếu phù hợp về mặt y tế:

B. Tôi có yêu cầu cụ thể rằng tôi sẽ không nhận chăm sóc sức khỏe tâm thần sau đây:

C. Đại diện được đề tên trên tài liệu này cũng có thể đưa ra các quyết định về sức khỏe tâm thần trong trường hợp tôi không thể tự đưa ra quyết định cho mình. Có (Yes) Không (No)

Tôi hiểu tài liệu này và tôi sẵn sàng và tự nguyện ký tên vào đó. Tôi cũng hiểu rằng tôi có thể hủy bỏ bất kỳ hay tất cả mọi phần trong đó tại bất cứ thời điểm nào theo quy định của pháp luật. **Tôi cũng hiểu rằng tôi có thể thay đổi đại diện y tế của mình bất cứ lúc nào bằng cách lập chỉ dẫn trước về y tế mới và cung cấp bản sao cho nhà cung cấp y tế của tôi.**

Bệnh nhân (chữ ký): _____ Ngày: _____
(Patient signature) (Date)

Người được nêu tên đã ký vào chỉ dẫn trước này dưới sự có mặt của tôi (cần HAI người lớn chứng kiến):

Nhân chứng (chữ ký): _____ (tên viết in): _____ Ngày: _____
(Witness signature) (print name) (Date)

Nhân chứng (chữ ký): _____ (tên viết in): _____ Ngày: _____
(Witness signature) (print name) (Date)

Thông tin Người phiên dịch (Sẽ được Nhân viên của Inova hoàn thành, nếu có):

Interpreter Information (To be completed by Inova staff, if applicable):

- In person Telephonic Video Interpreter name/ID number (if applicable) _____
- Patient/Designated Decision Maker was offered and refused interpreter Waiver signed

PATIENT IDENTIFICATION

If label is not available, please complete:

Patient Name: _____

Date of Birth: _____ Medical Record # _____

Gender: Male Female

Inova

Chỉ Dẫn Trước Về Y Tế Virginia

Virginia Advance Directive for Health Care

VIETNAMESE

