

II. Hướng dẫn Chăm sóc Sức khỏe Tâm thần Bổ sung (nếu có)

[Nếu quý vị muốn đưa ra thêm hướng dẫn về chăm sóc sức khỏe tâm thần của mình, quý vị có thể thực hiện ở đây. Quý vị có thể sử dụng phần này để chỉ dẫn việc chăm sóc sức khỏe tâm thần của mình nếu quý vị không có đại diện. 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 và đến mức độ được luật pháp cho phép, và nhằm mang lại lợi ích tốt nhất cho quý vị.]

A. Tôi đặc biệt chỉ dẫn tôi nhận được chăm sóc sức khỏe tâm thần sau đây nếu phù hợp về mặt y tế:

B. Tôi đặc biệt chỉ dẫn tôi không nhận chăm sóc sức khỏe tâm thần sau đây:

C. [Thay vì viết hướng dẫn trên mẫu đơn này, quý vị có thể chỉ dẫn rằng chăm sóc sức khỏe tâm thần của quý vị có thể được cung cấp theo kế hoạch quản lý khủng hoảng. Nếu quý vị đã chuẩn bị kế hoạch quản lý khủng hoảng, hãy đánh dấu vào ô sau đây và đính kèm kế hoạch quản lý khủng hoảng với tài liệu này.]

Tôi chỉ dẫn rằng chăm sóc của tôi được cung cấp phù hợp với những ưu tiên và tôi đã trình bày trong kế hoạch quản lý khủng hoảng kèm theo đến mức độ được luật pháp cho phép.

Khẳng Định và Quyền Thu Hồi: Bằng cách ký tên bên dưới, tôi khẳng định rằng tôi hiểu tài liệu bổ sung cho chỉ dẫn trước về chăm sóc sức khỏe tâm thần này và tôi sẵn sàng và tự nguyện ký tên. Tôi cũng hiểu rằng tôi có thể thu hồi tất cả hay bất kỳ phần nào trong đó tại bất kỳ thời điểm nào theo luật định.

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

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

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

Địa chỉ: _____
(Address)

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

Địa chỉ: _____
(Address)

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

**Tài liệu Bổ sung cho Chỉ dẫn Trước Virginia
cho Tình trạng Sức khỏe Tâm thần**

Virginia Advance Directive Supplement for Mental Health Conditions
VIETNAMESE

