

Chỉ Thị Chăm Sóc Sức Khỏe Nâng Cao (Advanced Health Care Directive, AHCD) CALIFORNIA (Advance Health Care Directive (AHCD)) (CALIFORNIA)

Tên của tôi: _____
(My first name:)
Họ của tôi: _____
My last name:
Ngày sinh của tôi: _____ / _____ / _____
(My date of birth:)
Số hồ sơ y tế của tôi: _____
(My medical record number:)

KP use: patient label

Tài liệu này có hai phiên bản. Đây là phiên bản ngắn gọn hơn. Quý vị có thể xem hai phiên bản này trên trang kp.org/lifecareplan hoặc hỏi bác sĩ của quý vị. Chọn phiên bản quý vị muốn sử dụng.

(There are two versions of this document. This is the shorter one. You can view the two versions on kp.org/lifecareplan or ask your doctor for them. Choose the one you prefer.)

Bước 1 (Step 1)

Chọn một người đại diện chăm sóc sức khỏe (người ra quyết định). Nếu muốn, quý vị cũng có thể chọn một người đại diện thay thế.

(Choose a health care agent (decision maker). You can also choose an alternate agent if you want one.)

Người này:
(This person is:)

- từ 18 tuổi trở lên và biết rõ về các giá trị và niềm tin của quý vị;
(18 or older and knows your values and beliefs well;)
- sẵn sàng và có thể làm điều này cho quý vị;
(willing and able to do this for you;)
- sẵn sàng làm theo các lựa chọn ưu tiên của quý vị ngay cả khi những lựa chọn đó khác với lựa chọn của họ;
(willing to honor your preferences even if they are different from their own;)
- không phải là bác sĩ hoặc một chuyên gia y tế khác đang chăm sóc quý vị.
(not your doctor or another health care professional who is caring for you.)

Tôi chọn _____ mối quan hệ: _____
(I choose) (relationship:)
số điện thoại: _____ email: _____
(phone number:) (email:)

làm người đại diện chăm sóc sức khỏe của mình để đưa ra các quyết định chăm sóc sức khỏe nếu tôi không thể tự quyết.
(as my health care agent to make health care decisions for me if I'm not able to make them for myself.)

Tôi chọn _____ mối quan hệ: _____
(I choose) (relationship:)
số điện thoại: _____ email: _____
(số điện thoại:) (email:)

làm người đại diện chăm sóc sức khỏe thay thế nếu người đại diện chăm sóc sức khỏe chính của mình không sẵn sàng, không thể hoặc không sẵn sàng một cách hợp lý để đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho tôi.
(as my alternate health care agent if my primary health care agent is not willing, able, or reasonably available to make health care decisions for me.)

Bước 2 (Step 2)

Hướng dẫn người đại diện chăm sóc sức khỏe và đội ngũ chăm sóc của tôi. Chỉ chọn MỘT ô:

(Give guidance to my health care agent and care team. Choose ONE box only:)

Nếu tôi mắc bệnh không có cách chữa trị và sẽ khiến tôi tử vong trong thời gian ngắn hạn,
(If I have an illness that is not curable and will result in my death in a short time,)

HOẶC tôi bất tỉnh và các bác sĩ cho rằng tình trạng của tôi sẽ không cải thiện,
(OR I become unconscious, and my doctors do not think I will improve,)

HOẶC có nhiều rủi ro và gánh nặng điều trị hơn lợi ích dự kiến...
(OR the likely risks and burdens of treatment would outweigh the expected benefits...)

- ☐ Tôi muốn duy trì sinh mạng lâu nhất có thể trong phạm vi các tiêu chuẩn chăm sóc sức khỏe thường được chấp nhận.
(I want to be kept alive as long as possible within the limits of generally accepted health care standards.)
- ☐ Tôi không muốn cuộc sống của tôi được kéo dài. Tôi muốn dừng biện pháp điều trị nhằm duy trì sinh mạng của tôi hoặc không bắt đầu các biện pháp điều trị đó.
(I do not want my life to be prolonged. I would stop treatments to keep me alive or not start them.)
- ☐ Tôi không chắc rằng bản thân đồng ý với tuyên bố nào nhất. Tôi ủy thác cho người đại diện chăm sóc sức khỏe làm điều tốt nhất cho tôi.
(I am not sure which statements I most agree with. I trust my health care agent to do what is best for me.)

Còn điều gì mà đội ngũ chăm sóc nên biết về quý vị hoặc lựa chọn ưu tiên về y tế của quý vị không?
(Is there anything else your care team should know about you or your medical preferences?)

Chỉ Thị Chăm Sóc Sức Khỏe Nâng Cao (Advanced Health Care Directive, AHCD) CALIFORNIA (Advance Health Care Directive (AHCD)) (CALIFORNIA)

Tên của tôi: _____
(My first name:)
Họ của tôi: _____
(My last name:)
Số hồ sơ y tế của tôi: _____
(My medical record number:)

KP use: patient label

BƯỚC 3 (Step 3)

Ký mẫu đơn bên dưới. Yêu cầu HAI nhân chứng (Tùy Chọn 1) HOẶC một notary public (Tùy Chọn 2) ký tên.
(Sign the form below. Ask either TWO witnesses (Option 1) OR a notary public (Option 2) to also sign.)

Tên của tôi (xin hãy viết hoa): _____
(My name (please print:))
Chữ ký của tôi: _____ Ngày: _____
(My signature) (Date)

Tùy chọn 1 (Option 1)

Tôi chọn HAI NHÂN CHỨNG.
(I choose TWO WITNESSES.)

TẤT CẢ CÁC NHÂN CHỨNG PHẢI ĐỌC VÀ CHẤP NHẬN TẤT CẢ CÁC YÊU CẦU NÀY. (ALL WITNESSES MUST READ AND ACCEPT ALL THESE REQUIREMENTS)

- Tôi xin tuyên bố theo hình phạt khai man theo các luật lệ của California rằng:
(I declare under penalty of perjury under the laws of California that:)
- Tôi từ 18 tuổi trở lên;
(I am at least 18 years old;)
- Tôi không phải là người được chỉ định làm người đại diện bởi Chỉ Thị Chăm Sóc Sức Khỏe Nâng Cao này;
(I am not a person appointed as agent by this Advance Health Care Directive;)
- chỉ một trong số các nhân chứng có thể là người có quan hệ họ hàng;
(only one of the witnesses can be family related;)
- cá nhân này đã ký hoặc thừa nhận Chỉ Thị Chăm Sóc Sức Khỏe Nâng Cao này được chính cá nhân tôi biết hoặc danh tính của cá nhân đã được chứng minh cho tôi bằng bằng chứng thuyết phục;
(the individual who signed or acknowledged this Advance Health Care Directive is personally known to me, or that the individual's identity was proven to me by convincing evidence;)
- cá nhân này đã ký hoặc thừa nhận Chỉ Thị Chăm Sóc Sức Khỏe Nâng Cao này khi có mặt tôi;
(the individual signed or acknowledged this Advance Health Care Directive in my presence;)
- người này tỏ ra minh mẫn và không bị ép buộc, gian lận hoặc bị ảnh hưởng trái pháp luật;
(the individual appears to be of sound mind and under no duress, fraud, or undue influence;)
- tôi không phải là nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của cá nhân này, nhân viên của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho cá nhân này, người điều hành cơ sở chăm sóc cộng đồng, nhân viên của người điều hành cơ sở chăm sóc cộng đồng, người điều hành cơ sở chăm sóc tại nhà nội trú cho người cao tuổi hoặc nhân viên của nhà điều hành cơ sở chăm sóc tại nhà nội trú cho người cao tuổi
(I am not the individual's health care provider, an employee of the individual's health care provider, the operator of a community care facility, an employee of an operator of a community care facility, the operator of a residential care facility for the elderly, nor an employee of an operator of a residential care facility for the elderly)

NHÂN CHỨNG SỐ MỘT: (WITNESS NUMBER ONE:)

Tên viết bằng chữ in hoa: _____ Chữ ký: _____
(Print name:) (Signature:)
Địa chỉ: _____ Ngày: _____
(Address:) (Date:)

NHÂN CHỨNG SỐ HAI: (WITNESS NUMBER TWO:)

Tên viết bằng chữ in hoa: _____ Chữ ký: _____
(Print name:) (Signature:)
Địa chỉ: _____ Ngày: _____
(Address:) (Date:)

TUYÊN BỐ BỔ SUNG CỦA NHÂN CHỨNG: Ít nhất một trong hai nhân chứng nêu trên phải ký vào phần tuyên bố sau: Tôi tiếp tục tuyên bố theo hình phạt khai man theo luật pháp của Tiểu Bang California rằng tôi không liên quan đến cá nhân thực hiện chỉ thị chăm sóc sức khỏe nâng cao này đây bằng quan hệ huyết thống, hôn nhân hoặc nhận nuôi, và theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi, tôi không được hưởng bất kỳ phần tài sản nào của cá nhân này khi họ qua đời theo di chúc hiện tại hoặc theo quy định của pháp luật.

(ADDITIONAL STATEMENT OF WITNESSES: At least one of the above witnesses must also sign the following declaration: I further declare under penalty of perjury under the laws of California that I am not related to the individual executing this advance health care directive by blood, marriage, or adoption, and, to the best of my knowledge, I am not entitled to any part of the individual's estate upon their death under a will now existing or by operation of law.)

Tên Viết Bằng Chữ In Hoa: _____ Chữ ký: _____
(Print Name:) (Signature:)

Chỉ Thị Chăm Sóc Sức Khỏe Nâng Cao (Advanced Health Care Directive, AHCD) CALIFORNIA
(Advance Health Care Directive (AHCD)) (CALIFORNIA)

Tên của tôi: _____
(My first name:)
Họ của tôi: _____
(My last name:)
Số hồ sơ y tế của tôi: _____
(My medical record number:)

KP use: patient label

CHỈ DÀNH CHO CÁC CƯ DÂN TRONG CƠ SỞ ĐIỀU DƯỠNG CHUYÊN MÔN TẠI CALIFORNIA

CHỈ đưa mẫu đơn này cho giám đốc viện dưỡng lão của quý vị nếu quý vị sinh sống trong viện dưỡng lão. Luật lệ California yêu cầu các cư dân trong viện dưỡng lão dùng thanh tra viên viện dưỡng lão làm nhân chứng bổ sung trong Chỉ Thị Chăm Sóc Sức Khỏe Nâng Cao (AHCD).

(FOR CALIFORNIA SKILLED NURSING FACILITY RESIDENTS ONLY)

(STATEMENT OF THE PATIENT ADVOCATE OR OMBUDSMAN)

"I declare under penalty of perjury under the laws 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."

Chữ ký của thanh tra viên: _____ Ngày: _____
(Signature of ombudsman:) (Date:)

Tên Viết Bằng Chữ In Hoa: _____
(Print name:)

Tùy chọn 2
(Option 2)

Tôi chọn một NOTARY PUBLIC thay vì hai nhân chứng.

(I choose a NOTARY PUBLIC instead of two witnesses.)

State of California, County of: _____

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.

On _____ before me, _____ personally appeared _____ who proved to me on the basis of satisfactory evidence to be the person(s) whose 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. I certify that under PENALTY OF PERJURY under the laws of the State of California that the foregoing paragraph is true and correct.

Witness my hand and official seal.

(signature of Notary Public)

(Seal)

Tên của tôi: _____
(My first name:)
Họ của tôi: _____
(My last name:)
Số hồ sơ y tế của tôi: _____
(My medical record number:)

KP use: patient label

Các Bước Tiếp Theo

- ☐ Giữ bản gốc.
- ☐ Đưa bản sao cho (những) người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị.
- ☐ Mang bản sao đến cuộc hẹn tiếp theo với Kaiser Permanente HOẶC
- ☐ Gửi bản sao qua đường bưu điện tới: Kaiser Permanente Central Scanning, 1011 S. East Street, Anaheim, CA 92805, **HOẶC** gửi bản sao qua email tới: SCALCentralized-Scanning-Center@kp.org
- ☐ Nói chuyện với người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị về giá trị, niềm tin và lựa chọn ưu tiên về chăm sóc sức khỏe của quý vị. Sử dụng AHCD của quý vị làm chỉ dẫn cho cuộc thảo luận và đảm bảo rằng họ có thể đảm nhận vai trò này. **Đừng quên cho người thân, gia đình và bạn bè thân thiết** của quý vị biết về những người quý vị chọn làm người đại diện chăm sóc sức khỏe, lựa chọn ưu tiên chăm sóc sức khỏe của quý vị và lý do cho những lựa chọn đó.
- ☐ **Mang theo AHCD của quý vị cùng với quý vị.** Nếu quý vị đến bệnh viện hoặc nhà dưỡng lão, hãy mang theo bản sao của AHCD của quý vị và yêu cầu đưa văn bản này vào hồ sơ y tế của quý vị.

Quý vị có thể hủy hoặc thay đổi **BẤT KỲ** lựa chọn nào trong AHCD của mình vào bất kỳ thời điểm nào. Khi cuộc đời hoặc sức khỏe của quý vị có thay đổi, quý vị có thể thay đổi người đại diện và lựa chọn ưu tiên bằng cách hoàn thành một tài liệu mới hoặc trực tiếp thông báo cho bác sĩ của quý vị.