



Lập kế hoạch CHĂM SÓC TRỌN ĐỜI

giá trị của tôi, lựa chọn của tôi, công tác chăm sóc tôi

kp.org/lifecareplan



Lập kế hoạch CHĂM SÓC TRỌN ĐỜI

giá trị của tôi, lựa chọn của tôi, công tác chăm sóc tôi

Họ tên (Full name): _____

Số hồ sơ bệnh án (Medical record number): _____

Giới Thiệu (Introduction)

Cảm ơn quý vị đã dành thời gian xem xét và hoàn thiện bản chỉ thị trước về chăm sóc sức khỏe của mình. Tại Kaiser Permanente, chúng tôi tin rằng đây là bước quan trọng đầu tiên trong hành trình lập kế hoạch chăm sóc trọn đời của quý vị.

Việc hoàn thiện tài liệu này có thể giúp đội ngũ chăm sóc sức khỏe của quý vị nắm được các giá trị, lựa chọn về chăm sóc sức khỏe của quý vị, cũng như xác định được người phát ngôn thay cho quý vị khi quý vị không có khả năng.

Bản chỉ thị trước về chăm sóc sức khỏe này sẽ thay thế mọi bản chỉ thị trước về chăm sóc sức khỏe mà quý vị đã hoàn thiện trước đây. Trong tương lai, nếu muốn hủy bỏ hoặc thay đổi người đại diện chăm sóc sức khỏe đã chỉ định của mình, quý vị phải lập văn bản và ký tên vào văn bản đó, hoặc quý vị có thể thông báo trực tiếp cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị.

Nếu quý vị có thắc mắc trong quá trình hoàn thiện tài liệu này, hãy tìm trợ giúp từ các nguồn sẵn có sau:



Trực tuyến — kp.org/lifecareplan



Lớp học — các lớp lập kế hoạch trước về việc chăm sóc được cung cấp thông qua việc tham gia chăm sóc sức khỏe và các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, hãy gọi 1-866-301-3866 (miễn phí)



Để trao đổi với nhân sự của chúng tôi, hãy liên hệ với các huấn luyện viên sức khỏe theo số 1-866-301-3866 (miễn phí)

Chỉ Thị Trước về Chăm Sóc Sức Khỏe Oregon (Oregon Advance Directive for Health Care)

Mẫu Chỉ Thị Trước này cho phép quý vị:

- Chia sẻ các giá trị, niềm tin, mục tiêu và mong muốn về chăm sóc sức khỏe nếu quý vị không thể tự mình diễn đạt.
- Chỉ định người đưa ra quyết định về chăm sóc sức khỏe thay mặt quý vị nếu quý vị không thể tự ra quyết định. Người này được gọi là người đại diện chăm sóc sức khỏe cho quý vị và họ phải đồng ý đóng vai trò này.

Hãy đảm bảo quý vị sẽ thảo luận về bản Chỉ Thị Trước và những mong muốn của mình với người đại diện chăm sóc sức khỏe. Việc này sẽ cho phép họ đưa ra những quyết định phản ánh đúng mong muốn của quý vị. Chúng tôi khuyên quý vị nên điền đầy đủ thông tin vào toàn bộ mẫu này.

Mẫu Chỉ Thị Trước về Chăm Sóc Sức Khỏe Oregon và Hướng Dẫn Hoàn Thành Chỉ Thị Trước về Chăm Sóc Sức Khỏe Oregon có trên trang mạng của Cơ Quan Y Tế Oregon.

- Trong các mục 1, 2, 5, 6 và 7, quý vị chỉ định người đại diện chăm sóc sức khỏe.
- Trong các mục 3 và 4, quý vị cung cấp hướng dẫn về việc chăm sóc của mình.

Mẫu Chỉ Thị Trước cho phép quý vị trình bày những lựa chọn ưu tiên về việc chăm sóc sức khỏe của mình. Văn bản này không giống như Lệnh Linh Động về Điều Trị Duy Trì Sự Sống (Portable Orders for Life Sustaining Treatment, POLST) như được định nghĩa trong ORS 127.663. Quý vị có thể tìm hiểu thêm thông tin về POLST trong Hướng Dẫn về Chỉ Thị Trước của Oregon.

Mẫu văn bản này có thể được dùng tại Oregon để lựa chọn một người đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe thay mặt quý vị nếu quý vị mắc bệnh nặng đến mức không thể tự mình nói ra hoặc không thể tự đưa ra quyết định y khoa cho bản thân. Người này được gọi là người đại diện chăm sóc sức khỏe. Nếu quý vị không được chỉ định người đại diện chăm sóc sức khỏe và quý vị mắc bệnh nặng đến mức không thể tự nói ra thì quý vị sẽ được chỉ định một người đại diện chăm sóc sức khỏe theo thứ tự ưu tiên được quy định trong ORS 127.635 (2) và người này chỉ có thể quyết định giữ lại hoặc rút lại các phương pháp điều trị duy trì sự sống nếu quý vị đáp ứng một trong các điều kiện được quy định trong ORS 127.635 (1).

Mẫu văn bản này cũng cho phép quý vị trình bày các giá trị và niềm tin của quý vị đối với các quyết định về chăm sóc sức khỏe và lựa chọn ưu tiên của quý vị về chăm sóc sức khỏe.

Nếu trước đây quý vị đã từng hoàn thành một bản chỉ thị trước thì bản chỉ thị trước mới này sẽ thay thế cho mọi bản trước đây.

Quý vị phải ký tên vào mẫu văn bản này thì mới có hiệu lực. Quý vị cũng phải sắp xếp để có hai nhân chứng hoặc một công chứng viên. Việc chỉ định một người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị sẽ không có hiệu lực cho đến khi người đó đồng ý đảm nhận vai trò.

Nếu bản chỉ thị trước của quý vị bao gồm các hướng dẫn liên quan đến việc rút hỗ trợ sự sống hay đường ống cho ăn thì quý vị có thể thu hồi bản chỉ thị trước của mình bất cứ lúc nào theo bất kỳ cách thức nào thể hiện mong muốn thu hồi của quý vị.

Trong mọi trường hợp khác, quý vị có thể thu hồi bản chỉ thị trước của mình bất cứ lúc nào theo bất kỳ cách thức nào miễn là quý vị đủ năng lực để đưa ra quyết định y tế.

Loại tài liệu: Chỉ Thị Trước (Document type: Advance Directive)

Họ tên (Full name): _____ Số hồ sơ bệnh án (Medical record number): _____

1. Thông tin về tôi *(About me)*

Tên (tên gọi, tên đệm, họ) *(Name [first, middle, last])*: _____

Ngày sinh *(Date of birth)*: _____ Số hồ sơ bệnh án *(Medical record number)*: _____

Điện thoại nhà *(Home phone)*: _____ Điện thoại di động *(Cell phone)*: _____

Điện thoại cơ quan *(Work phone)*: _____ Email: _____

Địa chỉ gửi thư *(Mailing address)*: _____

2. Người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi *(My health care representatives)*

Tôi chọn người sau đây làm người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi để đưa ra các quyết định về chăm sóc sức khỏe cho tôi nếu tôi không thể tự mình nói ra.

Người đại diện chăm sóc sức khỏe chính *(Primary health care representative)*

Tên (tên gọi, tên đệm, họ) *(Name [first, middle, last])*: _____

Mối quan hệ *(Relationship)*: _____

Điện thoại nhà *(Home phone)*: _____ Điện thoại di động *(Cell phone)*: _____

Điện thoại cơ quan *(Work phone)*: _____ Email: _____

Địa chỉ gửi thư *(Mailing address)*: _____

Tôi chọn những người sau đây làm người đại diện chăm sóc sức khỏe thay thế của tôi nếu người đại diện chính của tôi không thể đưa ra các quyết định về chăm sóc sức khỏe cho tôi hoặc nếu tôi hủy quyền đại diện của người đại diện chăm sóc sức khỏe chính.

Người đại diện chăm sóc sức khỏe thay thế thứ nhất *(First alternate health care representative)*

Tên (tên gọi, tên đệm, họ) *(Name [first, middle, last])*: _____

Mối quan hệ *(Relationship)*: _____

Điện thoại nhà *(Home phone)*: _____ Điện thoại di động *(Cell phone)*: _____

Điện thoại cơ quan *(Work phone)*: _____ Email: _____

Địa chỉ gửi thư *(Mailing address)*: _____

Người đại diện chăm sóc sức khỏe thay thế thứ hai *(Second alternate health care representative)*

Tên (tên gọi, tên đệm, họ) *(Name [first, middle, last])*: _____

Mối quan hệ *(Relationship)*: _____

Điện thoại nhà *(Home phone)*: _____ Điện thoại di động *(Cell phone)*: _____

Điện thoại cơ quan *(Work phone)*: _____ Email: _____

Địa chỉ gửi thư *(Mailing address)*: _____

Loại tài liệu: Chỉ Thị Trước *(Document type: Advance Directive)*

Họ tên *(Full name)*: _____ Số hồ sơ bệnh án *(Medical record number)*: _____

3. Các hướng dẫn về chăm sóc sức khỏe cho tôi *(My health care instructions)*

Đây là mục để quý vị trình bày về những mong muốn, giá trị và mục tiêu chăm sóc của mình. Những hướng dẫn của quý vị sẽ giúp ích cho người đại diện chăm sóc sức khỏe và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị.

Quý vị có thể cung cấp hướng dẫn về việc chăm sóc với những lựa chọn dưới đây. Điều này đúng ngay cả khi quý vị không chọn người đại diện chăm sóc sức khỏe hoặc nếu không liên lạc được với họ.

A. Các quyết định về chăm sóc sức khỏe của tôi *(My health care decisions)*

Dưới đây là ba tình huống để quý vị thể hiện mong muốn của mình. Các tình huống này sẽ giúp quý vị suy nghĩ về những kiểu quyết định duy trì sự sống mà người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị có thể phải đối diện. Đối với mỗi tình huống, hãy chọn một phương án phù hợp nhất với mong muốn của quý vị.

a. Bệnh ở giai đoạn cuối cùng *(Terminal condition)*

Đây là điều tôi muốn nếu:

- Tôi mắc một căn bệnh không thể chữa trị hoặc hồi phục

VÀ

- Các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi tin rằng căn bệnh này sẽ khiến tôi tử vong trong vòng sáu tháng, bất kể phương pháp điều trị.

Chỉ ký tắt vào một phương án <i>(Initial one option only)</i>	
☐	Tôi muốn thử tất cả các phương pháp điều trị sẵn có để duy trì sự sống, ví dụ như ăn uống cơ học bằng ống cho ăn, truyền dịch tĩnh mạch, lọc thận và máy thở <i>(I want to try all available treatments to sustain my life, such as artificial feeding and hydration with feeding tubes, IV fluids, kidney dialysis and breathing machines).</i>
☐	Tôi muốn duy trì sự sống bằng phương pháp ăn uống cơ học bằng ống cho ăn và truyền dịch tĩnh mạch <i>(I want to try to sustain my life with artificial feeding and hydration with feeding tubes and IV fluids).</i> Tôi không muốn dùng các phương pháp điều trị khác để duy trì sự sống, ví dụ như lọc thận và máy thở <i>(I do not want other treatments to sustain my life, such as kidney dialysis and breathing machines).</i>
☐	Tôi không muốn dùng các phương pháp điều trị để duy trì sự sống, ví dụ như ăn uống cơ học bằng ống cho ăn, truyền dịch tĩnh mạch, lọc thận hoặc máy thở <i>(I do not want treatments to sustain my life, such as artificial feeding and hydration with feeding tubes, IV fluids, kidney dialysis or breathing machines).</i> Tôi muốn được duy trì cảm giác thoải mái và được ra đi một cách tự nhiên <i>(I want to be kept comfortable and be allowed to die naturally).</i>
☐	Tôi muốn người đại diện chăm sóc sức khỏe thay mặt tôi đưa ra quyết định sau khi đã trao đổi với các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi và cân nhắc tới những điều quan trọng đối với tôi <i>(I want my health care representative to decide for me, after talking with my health care providers and taking into account the things that matter to me).</i> Tôi đã trình bày những điều quan trọng với tôi ở mục B bên dưới <i>(I have expressed what matters to me in section B below).</i>

b. Bệnh tiến triển nặng *(Advanced progressive illness)*

Đây là điều tôi muốn nếu:

- Tôi mắc bệnh đang ở giai đoạn tiến triển nặng

VÀ

- Các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi tin rằng bệnh sẽ không thuyên giảm và rất có khả năng trở nặng theo thời gian và kết quả là tử vong

VÀ

Loại tài liệu: Chỉ Thị Trước *(Document type: Advance Directive)*

Họ tên *(Full name)*: _____ Số hồ sơ bệnh án *(Medical record number)*: _____

- Các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi tin rằng tôi sẽ không bao giờ có thể:
 - Giao tiếp
 - Nuốt đồ ăn và uống nước một cách an toàn
 - Chăm sóc bản thân
 - Nhận ra gia đình tôi và những người khác

Chỉ ký tắt vào một phương án (Initial one option only)	
☐	Tôi muốn thử tất cả các phương pháp điều trị sẵn có để duy trì sự sống, ví dụ như ăn uống cơ học bằng ống cho ăn, truyền dịch tĩnh mạch, lọc thận và máy thở (I want to try all available treatments to sustain my life, such as artificial feeding and hydration with feeding tubes, IV fluids, kidney dialysis and breathing machines).
☐	Tôi muốn duy trì sự sống bằng phương pháp ăn uống cơ học bằng ống cho ăn và truyền dịch tĩnh mạch (I want to try to sustain my life with artificial feeding and hydration with feeding tubes and IV fluids). Tôi không muốn dùng các phương pháp điều trị khác để duy trì sự sống, ví dụ như lọc thận và máy thở (I do not want other treatments to sustain my life, such as kidney dialysis and breathing machines).
☐	Tôi không muốn dùng các phương pháp điều trị để duy trì sự sống, ví dụ như ăn uống cơ học bằng ống cho ăn, truyền dịch tĩnh mạch, lọc thận hoặc máy thở (I do not want treatments to sustain my life, such as artificial feeding and hydration with feeding tubes, IV fluids, kidney dialysis or breathing machines). Tôi muốn được duy trì cảm giác thoải mái và được ra đi một cách tự nhiên (I want to be kept comfortable and be allowed to die naturally).
☐	Tôi muốn người đại diện chăm sóc sức khỏe thay mặt tôi đưa ra quyết định sau khi đã trao đổi với các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi và cân nhắc tới những điều quan trọng đối với tôi (I want my health care representative to decide for me, after talking with my health care providers and taking into account the things that matter to me). Tôi đã trình bày những điều quan trọng với tôi ở mục B bên dưới (I have expressed what matters to me in section B below).

c. Vô thức vĩnh viễn (Permanently unconscious)

Đây là điều tôi muốn nếu:

- Tôi bất tỉnh

VÀ

- Nếu các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi tin rằng tôi không có khả năng tỉnh lại nữa

Chỉ ký tắt vào một phương án (Initial one option only)	
☐	Tôi muốn thử tất cả các phương pháp điều trị sẵn có để duy trì sự sống, ví dụ như ăn uống cơ học bằng ống cho ăn, truyền dịch tĩnh mạch, lọc thận và máy thở (I want to try all available treatments to sustain my life, such as artificial feeding and hydration with feeding tubes, IV fluids, kidney dialysis and breathing machines).
☐	Tôi muốn duy trì sự sống bằng phương pháp ăn uống cơ học bằng ống cho ăn và truyền dịch tĩnh mạch (I want to try to sustain my life with artificial feeding and hydration with feeding tubes and IV fluids). Tôi không muốn dùng các phương pháp điều trị khác để duy trì sự sống, ví dụ như lọc thận và máy thở (I do not want other treatments to sustain my life, such as kidney dialysis and breathing machines).
☐	Tôi không muốn dùng các phương pháp điều trị để duy trì sự sống, ví dụ như ăn uống cơ học bằng ống cho ăn, truyền dịch tĩnh mạch, lọc thận hoặc máy thở (I do not want treatments to sustain my life, such as artificial feeding and hydration with feeding tubes, IV fluids, kidney dialysis or breathing machines). Tôi muốn được duy trì cảm giác thoải mái và được ra đi một cách tự nhiên (I want to be kept comfortable and be allowed to die naturally).
☐	Tôi muốn người đại diện chăm sóc sức khỏe thay mặt tôi đưa ra quyết định sau khi đã trao đổi với các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi và cân nhắc tới những điều quan trọng đối với tôi (I want my health care representative to decide for me, after talking with my health care providers and taking into account the things that matter to me). Tôi đã trình bày những điều quan trọng với tôi ở mục B bên dưới (I have expressed what matters to me in section B below).

Loại tài liệu: Chỉ Thị Trước (Document type: Advance Directive)

Họ tên (Full name): _____ Số hồ sơ bệnh án (Medical record number): _____

Quý vị có thể viết vào phần trống dưới đây hoặc các trang đính kèm để trình bày thêm về kiểu chăm sóc mà quý vị muốn hoặc không muốn (You may write in the space below or attach pages to say more about what kind of care you want or do not want).

B. Những điều quan trọng nhất với tôi và cho tôi (What matters most to me and for me)

Phần này chỉ áp dụng khi quý vị đang mắc bệnh ở giai đoạn cuối, mắc bệnh đang ở giai đoạn tiến triển nặng hoặc ở trạng thái vô thức vĩnh viễn. Nếu muốn sử dụng phần này, quý vị có thể trao đổi về những điều thực sự quan trọng với quý vị và cho quý vị. Phần này sẽ giúp ích cho người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị.

Đây là điều quý vị cần biết về những thứ quan trọng đối với tôi về cuộc sống của tôi (This is what you should know about what is important to me about my life):

Đây là điều tôi coi trọng nhất về cuộc sống của tôi (This is what I value the most about my life):

Đây là điều quan trọng đối với tôi về cuộc sống của tôi (This is what is important for me about my life):

Tôi không muốn dùng các thủ thuật duy trì sự sống nếu tôi không được hỗ trợ và không thể tương tác theo các cách sau đây (I do not want life-sustaining procedures if I can not be supported and be able to engage in the following ways):

Vui lòng ký tắt vào tất cả những tùy chọn phù hợp (Initial all that apply)	
☐	Thể hiện nhu cầu của tôi (Express my needs)
☐	Thoát khỏi cơn đau và nỗi khổ sở dữ dội và dai dẳng (Be free from long-term severe pain and suffering)
☐	Biết tôi là ai và tôi đang ở với ai (Know who I am and who I am with)
☐	Sống mà không phụ thuộc vào sự hỗ trợ của máy móc (Live without being hooked up to mechanical life support)
☐	Tham gia vào các hoạt động có ý nghĩa đối với tôi, ví dụ như (Participate in activities that have meaning to me, such as):

Nếu quý vị muốn bổ sung thêm thông tin để giúp người đại diện chăm sóc sức khỏe của mình hiểu về những điều quan trọng nhất đối với quý vị, hãy viết vào đây (If you want to say more to help your health care representative understand what matters most to you, write it here). (Ví dụ: Tôi không muốn được chăm sóc nếu kết quả của việc đó là...) (For example: I do not want care if it will result in...)

Loại tài liệu: Chỉ Thị Trước (Document type: Advance Directive)

Họ tên (Full name): _____ Số hồ sơ bệnh án (Medical record number): _____

C. Tín ngưỡng tâm linh của tôi *(My spiritual beliefs)*

Quý vị có những tín ngưỡng về tâm linh hoặc tôn giáo nào mà quý vị muốn người đại diện chăm sóc sức khỏe và những người chăm sóc quý vị biết không? Đó có thể là nghi lễ, bí tích, từ chối thủ thuật truyền sản phẩm máu và những tín ngưỡng khác.

Quý vị có thể viết vào phần trống dưới đây hoặc các trang đính kèm để trình bày thêm về các tín ngưỡng về tâm linh hoặc tôn giáo của mình *(You may write in the space below or attach pages to say more about your spiritual or religious beliefs)*.

4. Thông tin bổ sung *(More information)*

Hãy dùng phần này nếu quý vị muốn người đại diện chăm sóc sức khỏe và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị có thêm thông tin về quý vị.

A. Cuộc sống và các giá trị *(Life and values)*

Dưới đây, quý vị có thể chia sẻ về cuộc sống và các giá trị của mình. Việc này có thể giúp người đại diện chăm sóc sức khỏe và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị đưa ra quyết định về chăm sóc sức khỏe cho quý vị. Thông tin này có thể bao gồm tiểu sử gia đình, trải nghiệm với dịch vụ chăm sóc sức khỏe, nền tảng văn hóa, nghề nghiệp, hệ thống hỗ trợ xã hội và các thông tin khác.

Quý vị có thể viết vào phần trống dưới đây hoặc các trang đính kèm để trình bày thêm về cuộc sống, niềm tin và các giá trị của mình *(You may write in the space below or attach pages to say more about your life, beliefs and values)*.

B. Nơi chăm sóc *(Place of care)*

Nếu được lựa chọn về nơi mà quý vị nhận dịch vụ chăm sóc, quý vị muốn chọn địa điểm nào? Có địa điểm nào mà quý vị muốn hoặc không muốn nhận dịch vụ chăm sóc không? (Ví dụ như bệnh viện, viện dưỡng lão, cơ sở chăm sóc sức khỏe tâm thần, nhà chăm sóc dành cho người trưởng thành, cơ sở trợ giúp sinh sống, nhà của quý vị).

Quý vị có thể viết vào phần trống dưới đây hoặc các trang đính kèm để trình bày thêm về nơi mà quý vị muốn hoặc không muốn nhận dịch vụ chăm sóc *(You may write in the space below or attach pages to say more about where you prefer to receive care or not receive care)*.

Loại tài liệu: Chỉ Thị Trước *(Document type: Advance Directive)*

Họ tên *(Full name)*: _____ Số hồ sơ bệnh án *(Medical record number)*: _____

C. Khác (Other)

Quý vị có thể đính kèm các tài liệu khác vào mẫu văn bản này nếu quý vị thấy chúng hữu ích cho người đại diện chăm sóc sức khỏe và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình. Những tài liệu được đính kèm sẽ là một phần của bản Chỉ Thị Trước này.

Quý vị có thể liệt kê các tài liệu được đính kèm vào phần trống dưới đây (You may list documents you have attached in the space below).

D. Thông báo cho người khác (Inform others)

Quý vị có thể cho phép người đại diện chăm sóc sức khỏe của mình ủy quyền cho các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, trong phạm vi được luật về quyền riêng tư của tiểu bang và liên bang cho phép, thảo luận về tình trạng sức khỏe và việc chăm sóc của quý vị với những người được quý vị đề cập dưới đây. Chỉ người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị mới được đưa ra quyết định về việc chăm sóc quý vị.

Tên (tên gọi, tên đệm, họ) (Name [first, middle, last]): _____

Mối quan hệ (Relationship): _____

Điện thoại nhà (Home phone): _____ Điện thoại di động (Cell phone): _____

Điện thoại cơ quan (Work phone): _____ Email: _____

Địa chỉ gửi thư (Mailing address): _____

5. Chữ ký của tôi (My signature)

Chữ ký của tôi (My signature): _____

Ngày (Date): _____

6. Người làm chứng (Witness)

Hoàn thành mục A hoặc B khi quý vị ký tên (Complete either A or B when you sign).

A. Công chứng viên (Notary)

Tiểu bang (State of): _____ Quận (County of): _____

Đã ký tên hoặc chứng nhận trước mặt tôi vào _____ (ngày) ([date]) bởi

_____ (tên) ([name]), Phòng Công Chứng — Tiểu Bang Oregon

Chữ ký (Signature): _____

Loại tài liệu: Chỉ Thị Trước (Document type: Advance Directive)

Họ tên (Full name): _____ Số hồ sơ bệnh án (Medical record number): _____

B. Tuyên bố của nhân chứng (Witness declaration)

Người hoàn thành văn bản này là người mà tôi biết hoặc đã cung cấp bằng chứng về danh tính, đã ký tên hoặc thừa nhận chữ ký của người trên tài liệu trước mặt tôi và dường như không bị ép buộc và hiểu mục đích và tác dụng của văn bản này. Hơn nữa, tôi không phải là người đại diện chăm sóc sức khỏe hay người đại diện chăm sóc sức khỏe thay thế của người này và tôi không phải là nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe phục vụ người này.

Tên Nhân Chứng (viết in hoa) (Witness Name [print]): _____

Chữ ký (Signature): _____

Ngày (Date): _____

Tên Nhân Chứng (viết in hoa) (Witness Name [print]): _____

Chữ ký (Signature): _____

Ngày (Date): _____

7. Tuyên bố chấp thuận của người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi (Acceptance by my health care representative)

Tôi chấp nhận đảm nhận vai trò này và đồng ý làm người đại diện chăm sóc sức khỏe.

Người đại diện chăm sóc sức khỏe (Health care representative):

Tên viết bằng chữ in hoa (Printed name): _____

Chữ ký hoặc hình thức xác nhận chấp nhận khác

(Signature or other verification of acceptance): _____

Ngày (Date): _____

Người đại diện chăm sóc sức khỏe thay thế thứ nhất (First alternate health care representative):

Tên viết bằng chữ in hoa (Printed name): _____

Chữ ký hoặc hình thức xác nhận chấp nhận khác

(Signature or other verification of acceptance): _____

Ngày (Date): _____

Người đại diện chăm sóc sức khỏe thay thế thứ hai (Second alternate health care representative):

Tên viết bằng chữ in hoa (Printed name): _____

Chữ ký hoặc hình thức xác nhận chấp nhận khác

(Signature or other verification of acceptance): _____

Ngày (Date): _____

Tính dễ tiếp cận tài liệu: Đối với những người khuyết tật hoặc những người nói một ngôn ngữ không phải là tiếng Anh, OHA có thể cung cấp thông tin ở các định dạng thay thế như bản dịch, bản in chữ lớn hoặc chữ nổi Braille. Hãy liên hệ với Trung Tâm Thông Tin Sức Khỏe theo số 1-971-673-2411, 711 TTY hoặc COVID19.LanguageAccess@dhsosha.state.or.us.

Loại tài liệu: Chỉ Thị Trước (Document type: Advance Directive)

Họ tên (Full name): _____ Số hồ sơ bệnh án (Medical record number): _____

Các Bước Tiếp Theo

Bây giờ quý vị đã hoàn thành bản chỉ thị trước về chăm sóc sức khỏe của mình, quý vị cũng nên thực hiện các bước sau đây.

Thảo luận:

- Xem xét mong muốn chăm sóc sức khỏe của quý vị với người mà quý vị đã yêu cầu làm người đại diện (nếu quý vị chưa xem xét). Hãy đảm bảo rằng người đó có thể thực hiện công việc quan trọng này thay cho quý vị trong tương lai.
- Nói chuyện với những thành viên còn lại trong gia đình và bạn bè thân thiết mà có thể tham gia nếu quý vị mắc bệnh nặng hoặc bị thương. Đảm bảo họ biết người đại diện chăm sóc sức khỏe/đại diện của quý vị là ai và mong muốn của quý vị là gì.

Cung cấp các bản sao cho:

- (Những) người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị
- Đội ngũ chăm sóc sức khỏe của quý vị hoặc
- Gửi trực tiếp tới hồ sơ bệnh án của quý vị
 - Sử dụng tài khoản kp.org của quý vị — đi tới phần hồ sơ bệnh án và chọn tiêu đề lập kế hoạch chăm sóc trọn đời
 - Gửi theo đường bưu điện tới: Kaiser Permanente
Medical Records, Advance Directive
500 NE Multnomah St. - Floor 11, Portland, OR 97232

Mang theo cùng quý vị:

- Nếu quý vị đến bệnh viện hoặc viện dưỡng lão, hãy mang theo bản sao chỉ thị trước về chăm sóc sức khỏe của quý vị và yêu cầu được đưa vào hồ sơ bệnh án của quý vị.
- Mang một bản sao theo người vào bất cứ lúc nào quý vị ra khỏi nhà trong một khoảng thời gian dài.

Xem xét thường xuyên:

- Xem xét những mong muốn chăm sóc sức khỏe của quý vị bất cứ khi nào điều nào trong số các điều “Năm D” sau đây xảy ra:

Thập kỷ (Decade) — khi quý vị bắt đầu mỗi thập kỷ mới trong cuộc đời mình

Qua đời (Death) — mỗi khi người thân yêu của quý vị qua đời

Ly hôn (Divorce) — khi quý vị trải qua một lần ly hôn hoặc gặp thay đổi lớn trong gia đình

Chẩn đoán (Diagnosis) — khi quý vị được chẩn đoán là mắc một bệnh trạng nghiêm trọng

Suy giảm (Decline) — khi quý vị trải qua tình trạng suy sụp hoặc suy giảm đáng kể tình trạng sức khỏe hiện tại, đặc biệt là khi quý vị không thể sống một mình

Thay đổi bản chỉ thị trước về chăm sóc sức khỏe của quý vị:

Nếu mong muốn của quý vị thay đổi, hãy điền một bản chỉ thị trước mới, cho người đại diện và gia đình của quý vị biết, và cung cấp một bản sao cho Kaiser Permanente.

Loại tài liệu: Chỉ thị Trước (Document type: Advance Directive)

Họ tên (Full name): _____ Số hồ sơ bệnh án (Medical record number): _____

Thông Báo Không Phân Biệt Đối Xử

Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest (Kaiser Health Plan) tuân thủ luật dân quyền hiện hành của liên bang và tiểu bang và không phân biệt đối xử, loại trừ hoặc đối xử khác biệt với mọi người dựa trên chủng tộc, màu da, quốc tịch (bao gồm cả trình độ tiếng Anh hạn chế), độ tuổi, tình trạng khuyết tật hoặc giới tính (bao gồm đặc điểm giới tính, đặc điểm liên giới tính; tình trạng mang thai hoặc các tình trạng liên quan; khuynh hướng tính dục; bản dạng giới và khuôn mẫu giới).

Kaiser Health Plan:

- Sắp xếp, điều chỉnh hợp lý cho người khuyết tật và cung cấp cho họ các dịch vụ hỗ trợ miễn phí phù hợp để họ giao tiếp hiệu quả với chúng tôi, chẳng hạn như:
 - Thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu đủ trình độ
 - Văn bản thông tin dưới những hình thức khác, như bản in khổ chữ lớn, băng đĩa thu âm, chữ nổi braille và các định dạng điện tử có thể truy cập được
- Cung cấp các dịch vụ ngôn ngữ miễn phí cho những người có ngôn ngữ chính không phải là tiếng Anh, chẳng hạn như:
 - Thông dịch viên đủ trình độ
 - Thông tin được viết bằng các ngôn ngữ khác

Nếu quý vị cần các dịch vụ này, vui lòng gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

Nếu quý vị cho rằng Kaiser Health Plan đã không cung cấp các dịch vụ này hay đã phân biệt đối xử theo một hình thức khác trên căn bản chủng tộc, màu da, nguyên quán, tuổi tác, tình trạng khuyết tật, giới tính, nhận dạng giới tính, hoặc khuynh hướng tính dục, quý vị có thể gửi đơn phàn nàn cho Điều Phối Viên Dân Quyền qua đường bưu điện, điện thoại hoặc fax. Nếu quý vị cần trợ giúp điền đơn phàn nàn, Điều Phối Viên về Dân Quyền của chúng tôi sẵn sàng trợ giúp quý vị. Quý vị có thể liên hệ với Điều Phối Viên Dân Quyền của chúng tôi theo địa chỉ:

Member Relations Department
Attention: Kaiser Civil Rights Coordinator
500 NE Multnomah St., Suite 100
Portland, OR 97232-2099
Fax: **1-855-347-7239**

Ngoài ra, quý vị cũng có thể nộp đơn than phiền về dân quyền với Văn Phòng Dân Quyền thuộc Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ theo phương thức điện tử qua Cổng Thông Tin Than Phiền của Văn Phòng Dân Quyền tại **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>** hoặc gọi hay gửi thư về:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
Số điện thoại: **1-800-368-1019**
TDD: **1-800-537-7697**

Mẫu đơn than phiền hiện có sẵn trên trang mạng **www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html**.

Dành cho các Hội Viên ở Washington:

Quý vị cũng có thể gửi đơn than phiền lên Văn Phòng Ủy Viên Bảo Hiểm Tiểu Bang Washington theo phương thức điện tử qua cổng thông tin Than Phiền của Văn Phòng Ủy Viên Bảo Hiểm tại <https://www.insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status> hoặc qua điện thoại theo số **1-800-562-6900** hoặc **360-586-0241** (TDD). Mẫu đơn than phiền có sẵn tại <https://fortress.wa.gov/oic/online-services/cc/pub/complaintinformation.aspx>.

Thông báo này hiện có sẵn trên trang mạng <https://healthy.kaiserpermanente.org/oregon-washington/language-assistance/nondiscrimination-notice>

Help in Your Language

ATTENTION: If you speak English, language assistance services including appropriate auxiliary aids and services, free of charge, are available to you. Call **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

አማርኛ (Amharic) ትኩረት: አማርኛ የሚናገሩ ከሆነ ተገቢ የሆኑ ረዳት መርጃዎችን እና አገልግሎቶችን ጨምሮ የቋንቋ እርዳታ አገልግሎቶች በነጻ ይገኛሉ። በ **1-800-813-2000** ይደውሉ (TTY: **711**)።

العربية (Arabic) تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية بما في ذلك من وسائل المساعدة والخدمات المناسبة بالمجان. اتصل بالرقم **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

中文 (Chinese) 注意事項: 如果您說中文，您可獲得免費語言協助服務，包括適當的輔助器材和服務。致電**1-800-813-2000** (TTY: **711**)。

فارسی (Farsi) توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می‌کنید، «تسهیلات زبانی»، از جمله کمک‌ها و خدمات پشتیبانی مناسب، به صورت رایگان در دسترس‌تان است با **1-800-813-2000** تماس بگیرید (TTY: **711**).

Français (French) ATTENTION : si vous parlez français, des services d'assistance linguistique comprenant des aides et services auxiliaires appropriés, gratuits, sont à votre disposition. Appelez le **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen die Sprachassistentz mit entsprechenden Hilfsmitteln und Dienstleistungen kostenfrei zur Verfügung. Rufen Sie **1-800-813-2000** an (TTY: **711**).

日本語 (Japanese) 注意 : 日本語を話す場合、適切な補助機器やサービスを含む言語支援サービスが無料で提供されます。 **1-800-813-2000**までお電話ください (TTY: **711**)。

ខ្មែរ (Khmer) យកចិត្តទុកដាក់: បើអ្នកនិយាយខ្មែរ សេវាជំនួយភាសា រួមទាំងជំនួយនិងសេវាសមស្រប ដោយឥតគិតថ្លៃ មានចំពោះអ្នក។ ហៅ **1-800-813-2000** (TTY: **711**)។

한국어 (Korean) 주의: 한국어를 구사하실 경우, 필요한 보조 기기 및 서비스가 포함된 언어 지원 서비스가 무료로 제공됩니다. **1-800-813-2000**로 전화해 주세요 (TTY: **711**).

ລາວ (Laotian) ເອົາໃຈໃສ່: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ວວມທັງອຸປະກອນ ແລະ ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ເໝາະສົມ ຈະມີໃຫ້ທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ໂທ **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

Afaan Oromoo (Oromo) XIYYEEFFANNOO: Yoo Afaan Oromo dubbattu ta'e, Tajaajila gargaarsa afaanii, gargaarsota dabalataa fi tajaajiloota barbaachisoo kaffaltii irraa bilisa ta'an, isiniif ni jira. **1-800-813-2000** irratti bilbilaa (TTY:- **711**)

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi) ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਯੋਗ ਸਹਾਇਕ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ **1-800-813-2000** (TTY:- **711**)।

Română (Romanian) ATENȚIE: Dacă vorbiți română, vă sunt disponibile gratuit servicii de asistență lingvistică, inclusiv ajutoare și servicii auxiliare adecvate. Sunați la **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ! Если вы говорите по-русски, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки, включая соответствующие вспомогательные средства и услуги. Позвоните по номеру **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

Español (Spanish) ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística que incluyen ayudas y servicios auxiliares adecuados y gratuitos. Llame al **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

Tagalog (Tagalog) PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, available sa iyo ang serbisyo ng tulong sa wika kabilang ang mga naaangkop na karagdagang tulong at serbisyo, nang walang bayad. Tumawag sa **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

ไทย (Thai) โปรดทราบ: หากท่านพูดภาษาไทย ท่านสามารถขอรับบริการช่วยเหลือด้านภาษา รวมทั้งเครื่องช่วยเหลือและบริการเสริมที่เหมาะสมได้ฟรี โทร **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

Українська (Ukrainian) УВАГА! Якщо ви володієте українською мовою, вам доступні безкоштовні послуги з мовної допомоги, включно із відповідною додатковою допомогою та послугами. Зателефонуйте за номером **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, bạn có thể sử dụng các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí, bao gồm các dịch vụ và phương tiện hỗ trợ phù hợp. Xin gọi **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

Lập kế hoạch CHĂM SÓC TRỌN ĐỜI

giá trị của tôi, lựa chọn của tôi, công tác chăm sóc tôi

Quý vị cần trợ giúp thêm?
kp.org/lifecareplan

