

Chỉ Thị Trước

WASHINGTON



LẬP KẾ HOẠCH Chăm Sóc Trọn Đời

giá trị của tôi, lựa chọn của tôi, dịch vụ chăm sóc tôi

kp.org/lifecareplan (bằng tiếng Anh)



Tất cả các chương trình đều do Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest cung cấp và bảo trợ.
500 NE Multnomah St., Suite 100, Portland, OR 97232.

Nội dung

Thông qua tập sách này, quý vị sẽ biết cách lập kế hoạch để đưa ra các quyết định chăm sóc sức khỏe trong trường hợp quý vị bị ốm nặng và không thể tự mình nói lên ý kiến.

Chỉ thị trước về chăm sóc sức khỏe	3
PHẦN 1: Đưa ra lựa chọn chăm sóc sức khỏe của chính quý vị	4
Quyết định hiến tặng nội tạng	5
PHẦN 2: Chọn người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị (giấy ủy quyền chăm sóc sức khỏe có hiệu lực lâu dài)	6
PHẦN 3: Lập chỉ thị chăm sóc sức khỏe (ý nguyện trị liệu)	7
PHẦN 4: Chia sẻ biểu mẫu chỉ thị trước của quý vị	7
PHẦN 5: Các nguồn thông tin có thể hữu ích khi quý vị chuẩn bị các biểu mẫu chỉ thị trước	8
 Giấy ủy quyền chăm sóc sức khỏe có hiệu lực lâu dài	Phụ Lục 1.1
Chỉ thị chăm sóc sức khỏe (ý nguyện trị liệu)	Phụ Lục 2.1

Chỉ thị trước về chăm sóc sức khỏe

Một căn bệnh hoặc vụ tai nạn nghiêm trọng có thể xảy ra với bất kỳ ai dù ở lứa tuổi nào. Lập kế hoạch chăm sóc trước có thể giúp quý vị ghi lại các quyết định liên quan đến chăm sóc sức khỏe của mình trong trường hợp quý vị mắc bệnh hoặc bị thương và không thể tự nói lên ý kiến của mình.

Chuẩn bị chỉ thị trước về chăm sóc sức khỏe là một trong những cách tốt nhất để đảm bảo rằng gia đình, bạn bè và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe biết về các lựa chọn chăm sóc sức khỏe của quý vị. Chỉ thị trước về chăm sóc sức khỏe bao gồm các biểu mẫu sau:

- Giấy Ủy Quyền Chăm Sóc Sức Khỏe Có Hiệu Lực Lâu Dài
- Chỉ Thị Chăm Sóc Sức Khỏe (Ý Nguyên Trị Liệu)
- Thẻ Hiến Tặng

Thông tin và các biểu mẫu trong tập sách này có thể giúp quý vị suy nghĩ về các lựa chọn của mình và chuẩn bị các chỉ thị trước. Quý vị có thể điền tất cả các biểu mẫu hoặc chỉ điền những phần quý vị muốn. Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào, hãy trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, nhân viên công tác xã hội, gia đình hoặc bạn bè của mình.

Tập sách này có những thông tin sau:

Phần 1: Đưa ra lựa chọn chăm sóc sức khỏe của chính quý vị

Bắt đầu lập kế hoạch bằng cách tìm hiểu về các quyết định chăm sóc sức khỏe mà quý vị có thể gặp phải và bằng cách hiểu rõ suy nghĩ và cảm xúc của chính mình. Lập kế hoạch trước có thể giúp nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, gia đình hoặc những người khác hiểu được phương pháp điều trị mà quý vị mong muốn hoặc phương pháp điều trị tốt nhất cho quý vị nếu quý vị không thể tự nói lên ý kiến của mình.

Phần 2: Chọn một người đại diện chăm sóc sức khỏe

Khi quý vị chọn một người đại diện chăm sóc sức khỏe, quý vị sẽ trao cho người đó giấy ủy quyền chăm sóc sức khỏe có hiệu lực lâu dài. Điều này có nghĩa là người mà quý vị chọn làm người đại diện chăm sóc sức khỏe có quyền đưa ra các quyết định y tế thay cho quý vị nếu quý vị không thể tự đưa ra quyết định. Việc ký giấy ủy quyền chăm sóc sức khỏe không tước đi quyền tự đưa ra quyết định của quý vị, trừ khi quý vị không còn khả năng tự nói lên ý kiến của mình.

Phần 3: Lập chỉ thị chăm sóc sức khỏe (ý nguyên trị liệu)

Khi quý vị lập chỉ thị chăm sóc sức khỏe (còn gọi là ý nguyên trị liệu) nghĩa là quý vị đang lựa chọn phương pháp điều trị mà quý vị mong muốn nếu quý vị mắc bệnh nan y hoặc rơi vào trạng thái hôn mê vĩnh viễn. Ý nguyên trị liệu của quý vị cho người khác biết rằng quý vị mong muốn được ra đi một cách tự nhiên và không muốn nhận các biện pháp điều trị nhân tạo để kéo dài sự sống. Biểu mẫu này cũng cho người khác biết liệu quý vị có muốn nhận chất dinh dưỡng và nước thông qua phương pháp nhân tạo hay không.

Phần 4: Chia sẻ biểu mẫu chỉ thị trước của quý vị

Sau khi quý vị đã điền thông tin vào các biểu mẫu mong muốn, hãy chia sẻ thông tin đó với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, gia đình và bạn bè của quý vị. Hãy cung cấp một bản sao cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe và những người cần biết thông tin này nếu có điều gì xảy ra với quý vị. Lưu giữ (các) biểu mẫu gốc và gửi các bản sao cho Kaiser Permanente.

Phần 5: Nguồn thông tin

Quý vị sẽ tìm thấy các nguồn thông tin bổ sung có thể giúp quý vị chuẩn bị các biểu mẫu chỉ thị trước.

PHẦN 1: Đưa ra lựa chọn chăm sóc sức khỏe của chính quý vị

Danh sách kiểm tra dưới đây có thể giúp quý vị suy nghĩ về phương pháp điều trị mà quý vị mong muốn trong trường hợp mắc bệnh hoặc gặp tai nạn nghiêm trọng. Sau khi quý vị đã xem hết danh sách kiểm tra, hãy điền thông tin và ký tên vào 2 biểu mẫu trong tập sách này: Giấy Ủy Quyền Chăm Sóc Sức Khỏe Có Hiệu Lực Lâu Dài và Chỉ Thị Chăm Sóc Sức Khỏe (Ý Nguyên Trị Liệu).

Hãy suy nghĩ về những điều giúp cuộc sống của quý vị trở nên đáng sống. Đánh dấu "X" bên cạnh những câu mà quý vị đồng ý nhất:

Cuộc sống của tôi chỉ đáng sống nếu tôi có thể:

- Nói chuyện với gia đình hoặc bạn bè
- Tỉnh lại sau cơn hôn mê
- Tự ăn uống, tắm rửa và chăm sóc bản thân
- Sống mà không phải chịu đau đớn
- Sống mà không phải phụ thuộc vào máy móc

Cuộc sống của tôi luôn đáng sống bất kể tôi mắc bệnh nặng như thế nào.

- Có
- Không

Nếu tôi sắp chết, điều quan trọng là tôi được ở:

- Nhà
- Bệnh viện

Tôn giáo hoặc tâm linh rất quan trọng với tôi.

- Có
- Không

Tôi muốn nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi biết những thông tin sau về tín ngưỡng tôn giáo hoặc tâm linh của tôi:

Điều trị hỗ trợ sự sống là dịch vụ chăm sóc y tế có thể giúp quý vị sống lâu hơn. Dịch vụ này có thể bao gồm phẫu thuật, thuốc hoặc bất kỳ dịch vụ nào sau đây:

- | | | |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Truyền máu<ul style="list-style-type: none">– Truyền máu được sử dụng để thay thế lượng máu có thể bị mất do phẫu thuật, chấn thương hoặc bệnh tật.• Máy thở hoặc máy hô hấp nhân tạo<ul style="list-style-type: none">– Loại máy này bơm không khí vào phổi của quý vị và giúp quý vị thở khi quý vị không thể tự thở được. | <ul style="list-style-type: none">• CPR (hồi sức tim phổi)
CPR có thể bao gồm:<ul style="list-style-type: none">– Ấn mạnh vào ngực của quý vị để giữ cho máu tiếp tục lưu thông.– Sốc điện để phục hồi nhịp tim của quý vị.– Tiêm thuốc vào tĩnh mạch của quý vị. | <ul style="list-style-type: none">• Chạy thận<ul style="list-style-type: none">– Chạy thận sử dụng một máy để làm sạch máu nếu thận của quý vị ngừng hoạt động.• Ống cho ăn<ul style="list-style-type: none">– Một ống cho ăn được luồn vào trong cổ họng và đi xuống dạ dày của quý vị để cung cấp thức ăn nếu quý vị không thể nuốt. |
|---|---|---|

Đánh dấu “X” bên cạnh những câu mà quý vị đồng ý nhất:

Nếu tôi ốm đến mức tôi có thể sẽ sớm qua đời:

- Thử tất cả các phương pháp điều trị hỗ trợ sự sống mà nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi cho rằng có thể hữu ích. Nếu các phương pháp điều trị không hiệu quả và có quá ít hy vọng phục hồi, tôi muốn tiếp tục sử dụng máy hỗ trợ sự sống.
- Thử tất cả các phương pháp điều trị hỗ trợ sự sống mà nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi cho rằng có thể hữu ích. Nếu các phương pháp điều trị không hiệu quả và có quá ít hy vọng phục hồi, tôi không muốn tiếp tục sử dụng máy hỗ trợ sự sống.
- Thử bất kỳ hoặc tất cả các phương pháp điều trị hỗ trợ sự sống sau mà nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi cho rằng có thể hữu ích:
 - CPR
 - Máy thở hoặc máy hô hấp nhân tạo
 - Chạy thận
 - Ống cho ăn
 - Truyền máu
 - Thuốc
 - Các phương pháp điều trị khác: _____
- Tôi không muốn sử dụng bất kỳ phương pháp điều trị hỗ trợ sự sống nào
- Tôi muốn người đại diện chăm sóc sức khỏe của mình quyết định cho tôi

Quyết định hiến tặng nội tạng

Hiến tặng nội tạng có thể cứu sống người khác. Nội tạng và mô – bao gồm mắt, thận, tim, van tim, gan, xương, phổi và da – có thể được hiến tặng cho những người cần những bộ phận này để duy trì sự sống. Các nội tạng và mô cũng có thể được sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

Đánh dấu “X” bên cạnh những câu mà quý vị đồng ý nhất:

- Tôi muốn hiến tặng nội tạng của mình.

Quý vị muốn hiến tặng cơ quan nội tạng nào?

- Mọi cơ quan nội tạng
- Chỉ những cơ quan nội tạng sau:

- Tôi không muốn hiến tặng nội tạng của mình
- Tôi muốn người đại diện chăm sóc sức khỏe của mình quyết định

Nếu quý vị muốn hiến tặng nội tạng, quý vị phải ký tên vào thẻ hiến tặng nội tạng.

Có hai cách để thực hiện điều này:

- Gọi điện đến đường dây miễn cước của LifeCenter Northwest theo số 1-877-275-5269 và yêu cầu cấp thẻ hiến tặng nội tạng.
- Hãy thông báo cho Sở Cấp Phép (DOL) rằng quý vị muốn hiến tặng nội tạng khi quý vị đăng ký cấp giấy phép lái xe, giấy phép học lái hoặc thẻ căn cước tiểu bang.

Có điều gì khác mà quý vị muốn nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, gia đình hoặc những người khác biết về dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà quý vị mong muốn nhận được nếu quý vị bị ốm hoặc bị thương và không thể tự đưa ra ý kiến của mình không?

PHẦN 2: Chọn người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị (giấy ủy quyền chăm sóc sức khỏe có hiệu lực lâu dài)

Người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị là người mà quý vị chọn để đưa ra các quyết định y tế thay cho quý vị nếu quý vị không thể tự quyết định. Quý vị ủy quyền cho người này đưa ra các quyết định với các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị về dịch vụ chăm sóc cho quý vị.

Tôi có thể chọn ai làm người đại diện chăm sóc sức khỏe của mình?

Quý vị có thể chọn bất kỳ thành viên nào trong gia đình hoặc bạn bè là người:

- Ít nhất từ 18 tuổi trở lên
- Có thể có mặt khi quý vị cần
- Là người quý vị tin tưởng sẽ làm những điều tốt nhất cho quý vị
- Có thể thông báo cho bác sĩ của quý vị về các quyết định quý vị đã đưa ra về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình

Quý vị **không thể** chọn nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc bất kỳ ai làm việc tại bệnh viện, viện dưỡng lão, cơ sở hỗ trợ sinh sống hoặc phòng khám làm người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị, trừ khi người đó là thành viên trong gia đình quý vị.

Nếu tôi không chọn người đại diện chăm sóc sức khỏe thì sao?

Nếu quý vị không thể tự đưa ra các quyết định y tế và chưa chọn người đại diện chăm sóc sức khỏe, luật của tiểu bang Washington quy định rằng bác sĩ của quý vị phải xin sự đồng ý từ những người trong các nhóm sau, theo thứ tự liệt kê dưới đây:

- Người giám hộ hợp pháp do tòa án chỉ định, nếu có
- Người có tên trong mẫu Giấy Ủy Quyền Chăm Sóc Sức Khỏe Có Hiệu Lực Lâu Dài, nếu có
- Vợ/chồng hoặc bạn đời sống chung có đăng ký tại tiểu bang Washington
- Con cái đã trưởng thành của bệnh nhân (tất cả phải đồng ý)
- Cha mẹ của bệnh nhân (tất cả phải đồng ý)
- Anh chị em đã trưởng thành của bệnh nhân (tất cả phải đồng ý)
- Cháu nội/ngoại đã trưởng thành của bệnh nhân (tất cả phải đồng ý)

- Cháu trai và cháu gái họ đã trưởng thành của bệnh nhân (tất cả phải đồng ý)
- Cô, dì, chú, bác đã trưởng thành của bệnh nhân (tất cả phải đồng ý)
- Bất kỳ người trưởng thành nào đáp ứng các tiêu chí được nêu trong RCW 7.70.065

Người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi có thể đưa ra những loại quyết định nào?

Người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị có thể đưa ra các quyết định về:

- Các loại thuốc hoặc xét nghiệm mà quý vị có thể nhận được
- Điều gì xảy ra với các cơ quan nội tạng của quý vị sau khi quý vị qua đời
- Làm theo lời khuyên của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe và nhân viên công tác xã hội
- Bệnh viện hoặc phòng khám nơi quý vị sẽ điều trị tại đó
- Phương pháp điều trị hỗ trợ sự sống mà quý vị có thể hoặc không thể nhận được, bao gồm:
 - CPR
 - Ống cho ăn
 - Máy thở hoặc máy hô hấp nhân tạo
 - Truyền máu
 - Thuốc
 - Chạy thận
 - Các phương pháp điều trị khác

Tôi có thể đưa ra quyết định chính thức bằng cách nào?

Sau khi quý vị đã chọn người đại diện chăm sóc sức khỏe của mình, hãy điền thông tin và ký tên vào mẫu Giấy Ủy Quyền Chăm Sóc Sức Khỏe Có Hiệu Lực Lâu Dài có trong **Phụ Lục 1** của tập sách này. Hướng dẫn điền biểu mẫu hoàn chỉnh có trong **PHẦN 4: Chia sẻ biểu mẫu chỉ thị trước của quý vị**.

Tôi có cần công chứng biểu mẫu này không?

Cư dân Washington phải ký tên trên mẫu Giấy Ủy Quyền Chăm Sóc Sức Khỏe Có Hiệu Lực Lâu Dài (DPOA) trước sự chứng kiến của 2 người HOẶC có xác nhận của một công chứng viên.

Vui lòng xem yêu cầu làm chứng trong biểu mẫu DPOA trong **Phụ Lục 1**.

PHẦN 3: Lập chỉ thị chăm sóc sức khỏe (ý nguyện trị liệu)

Ngoài trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, gia đình và bạn bè, quý vị nên ghi ra những mong muốn của mình. Một trong những tài liệu mà quý vị có thể sử dụng là ý nguyện trị liệu, còn được gọi là chỉ thị chăm sóc sức khỏe hoặc chỉ thị cho bác sĩ.

Ý nguyện trị liệu là một chỉ thị gửi đến các bác sĩ và gia đình, nêu rõ quyết định của một người từ chối điều trị y tế duy trì sự sống nếu người đó mắc bệnh hiểm nghèo hoặc bệnh tật/chấn thương khiến họ rơi vào trạng thái hôn mê vĩnh viễn. Chỉ thị này cho phép bác sĩ của quý vị từ chối hoặc ngừng điều trị duy trì sự sống. Quý vị vẫn sẽ nhận được dịch vụ chăm sóc thoải mái.

Quyền lập ý nguyện trị liệu được quy định trong Đạo Luật về Sự Qua Đời Tự Nhiên của tiểu bang Washington.

Để hoàn thành chỉ thị chăm sóc sức khỏe (ý nguyện trị liệu), hãy điền thông tin vào biểu mẫu trong **Phụ Lục 2** của tập sách này. Hướng dẫn điền biểu mẫu hoàn chỉnh có trong **PHẦN 4: Chia sẻ biểu mẫu chỉ thị trước của quý vị**.

Tôi có cần công chứng biểu mẫu này không?

Cư dân Washington phải ký tên trên biểu mẫu Chỉ Thị Chăm Sóc Sức Khỏe (Ý Nguyện Trị Liệu) trước sự chứng kiến của 2 người HOẶC được xác nhận bởi một công chứng viên.

Vui lòng xem các yêu cầu về làm chứng trong biểu mẫu Chỉ Thị Chăm Sóc Sức Khỏe (Ý Nguyện Trị Liệu) trong **Phụ Lục 2**.

PHẦN 4: Chia sẻ biểu mẫu chỉ thị trước của quý vị

Biểu mẫu Chỉ Thị Chăm Sóc Sức Khỏe (Ý Nguyện Trị Liệu) và Giấy Ủy Quyền Chăm Sóc Sức Khỏe Có Hiệu Lực Lâu Dài đều là những giấy tờ hợp pháp sau khi được điền đầy đủ thông tin và có chữ ký của những người có liên quan hoặc được công chứng.

Hãy giữ lại bản gốc để lưu hồ sơ. Cung cấp bản sao cho các thành viên trong gia đình hoặc những người có thể được yêu cầu đưa ra quyết định thay cho quý vị, bao gồm người đại diện chăm sóc sức khỏe và luật sư riêng của quý vị.

Ngoài ra, quý vị cần đảm bảo rằng các biểu mẫu được đưa vào hồ sơ y tế của quý vị tại Kaiser Permanente. Để thực hiện việc này, quý vị có thể:

- Gửi (1) bản sao của mỗi biểu mẫu qua đường bưu điện đến:
Kaiser Permanente Medical Records –
Advance Directive
500 NE Multnomah St.
Floor 11
Portland, OR 97232

HOẶC

- Gửi email đến: nw-med-rec@kp.org, gửi fax đến: **1-866-248-9695** hoặc gửi qua kp.org (bằng tiếng Anh) – truy cập mục hồ sơ y tế và chọn tiêu đề lập kế hoạch chăm sóc trọn đời.

HOẶC

- Cung cấp bản sao cho đội ngũ chăm sóc sức khỏe của quý vị.

Sau khi các biểu mẫu được lưu vào hồ sơ y tế, các bác sĩ của Kaiser Permanente có quyền truy cập bất kỳ lúc nào.

Việc đưa ra các lựa chọn không được nêu trong các biểu mẫu

Nếu quý vị muốn đưa ra các lựa chọn về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình mà không được nêu trong các biểu mẫu:

- Hãy viết các lựa chọn của quý vị ra một tờ giấy
- Giữ lại những tờ giấy đó cùng với các biểu mẫu chỉ thị trước khác của quý vị
- Chia sẻ lựa chọn của quý vị với những người chăm sóc cho quý vị

Chỉnh sửa hoặc cập nhật các biểu mẫu của quý vị

Nếu quý vị muốn thay đổi các chỉ thị trước của mình, hãy thông báo cho những người chăm sóc quý vị trước. Sau đó, sau khi quý vị đã thực hiện các thay đổi đối với các biểu mẫu, hãy cung cấp bản sao cho người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị, các thành viên gia đình và người thân, cũng như Kaiser Permanente, giống như lần đầu tiên. Hãy yêu cầu tiêu hủy các bản trước đó.

PHẦN 5: Các nguồn thông tin có thể hữu ích khi quý vị chuẩn bị các biểu mẫu chỉ thị trước

Lớp “Lập Kế Hoạch Chăm Sóc Trọn Đời” của Kaiser Permanente Northwest

1-866-301-3866 (miễn cước)

Cung cấp các buổi hội thảo miễn phí, kéo dài 2 giờ về các chỉ thị trước.

Hiệp Hội Y Khoa Tiểu Bang Washington

206-441-9762 (khu vực Seattle)

1-800-552-0612

Cung cấp biểu mẫu Giấy Ủy Quyền Chăm Sóc Sức Khỏe Có Hiệu Lực Lâu Dài và Chỉ Thị Chăm Sóc Sức Khỏe (Ý Nguyên Trị Liệu).

LifeCenter Northwest

1-877-275-5269

lcnw.org (bằng tiếng Anh)

Cung cấp thông tin về hiến tặng nội tạng và mô.

Dịch Vụ Giới Thiệu Luật Sư của Hiệp Hội Luật Sư Tiểu Bang Washington

1-800-945-9722

Có thể cung cấp số điện thoại của dịch vụ giới thiệu luật sư gần nhất trong khu vực của quý vị.

Sở Dịch Vụ Xã Hội và Y Tế Tiểu Bang Washington

dshs.wa.gov/altsa/home-and-community-services/legal-planning (bằng tiếng Anh)

Cung cấp thông tin và các nguồn thông tin về chỉ thị trước.

GIẤY ỦY QUYỀN CHĂM SÓC SỨC KHỎE CÓ HIỆU LỰC LÂU DÀI

Chỉ thị trước này, Giấy Ủy Quyền Chăm Sóc Sức Khỏe Có Hiệu Lực Lâu Dài, cho phép quý vị chỉ định người sẽ đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho quý vị khi quý vị không thể tự đưa ra quyết định. Người này là Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe. Biểu mẫu này đáp ứng các yêu cầu theo luật tiểu bang Washington.

Thông tin của tôi:

Họ và Tên:

Số Hồ Sơ Y Tế:

Ngày Sinh: / /
(mm/dd/yyyy)

NGƯỜI ĐẠI DIỆN CHĂM SÓC SỨC KHỎE CỦA TÔI

Người được tôi chỉ định làm Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe của tôi là:

Họ và Tên:

Ngày Sinh: / /

Địa Chỉ, Thành Phố, Tiểu Bang, Mã ZIP:

Số Điện Thoại:

Trong trường hợp người được liệt kê ở trên không thể hoặc không sẵn sàng trở thành người đại diện của tôi, hoặc không thể liên lạc được dù đã nỗ lực hợp lý, thì tôi giao quyền này cho Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe đủ điều kiện tiếp theo được liệt kê dưới đây:

Người Thay Thế Thứ Nhất

Họ và Tên:

Ngày Sinh: / /

Địa Chỉ, Thành Phố, Tiểu Bang, Mã ZIP:

Số Điện Thoại:

Người Thay Thế Thứ Hai

Họ và Tên:

Ngày Sinh: / /

Địa Chỉ, Thành Phố, Tiểu Bang, Mã ZIP:

Số Điện Thoại:

ỦY QUYỀN CHO NGƯỜI ĐẠI DIỆN CHĂM SÓC SỨC KHỎE

Tuyên bố về Quyền Hạn Chung và Quyền của Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe Của Tôi: Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe Của Tôi được ủy quyền cụ thể để đồng ý với phương pháp điều trị chăm sóc sức khỏe khi tôi không thể tự đưa ra quyết định. Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe Của Tôi được ủy quyền thực hiện những mong muốn của tôi liên quan đến các phương pháp điều trị duy trì sự sống như ống cho ăn, hồi sức tim phổi (CPR), máy thở và chạy thận. Trong đó bao gồm việc đồng ý bắt đầu, tiếp tục hoặc ngừng điều trị y tế. Tài liệu này trao quyền cho người được quý vị chỉ định làm Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe của mình để đưa ra các quyết định chăm sóc sức khỏe cho quý vị và chỉ có hiệu lực khi quý vị mất khả năng tự đưa ra các quyết định chăm sóc sức khỏe có hiểu biết. Miễn là quý vị còn khả năng tự đưa ra các quyết định chăm sóc sức khỏe có hiểu biết, quý vị sẽ vẫn có quyền đưa ra tất cả các quyết định y tế và chăm sóc sức khỏe khác. Những mong muốn của quý vị về điều trị y tế có thể được đính kèm với biểu mẫu này. Quý vị có thể đưa những giới hạn cụ thể vào tài liệu này về quyền hạn của Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe trong việc đưa ra các quyết định chăm sóc sức khỏe nếu quý vị muốn.

Tôi xác nhận điều sau đây: Tôi hiểu rõ tầm quan trọng và ý nghĩa của Giấy Ủy Quyền Chăm Sóc Sức Khỏe Có Hiệu Lực Lâu Dài (DPOA-HC) này. Biểu mẫu này nêu rõ những lựa chọn của tôi về Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe. Tôi đã tự nguyện điền đầy đủ thông tin vào biểu mẫu này. Tôi đang rất tỉnh táo. Tôi hiểu rõ rằng tôi có thể thay đổi quyết định của mình bất kỳ lúc nào. Tôi hiểu rằng tôi có thể thay thế biểu mẫu này

Số Hồ Sơ Y Tế:

bất kỳ lúc nào, và việc thay thế này sẽ hủy bỏ bất kỳ DPOA-HC nào trước đó. Tôi muốn DPOA-HC này có hiệu lực nếu một bác sĩ hoặc người được tôi chỉ định xác định rằng tôi không có khả năng tự đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho mình. Chỉ thị này sẽ tiếp tục có hiệu lực cho đến khi tình trạng mất năng lực của tôi kết thúc.

Chữ Ký của Tôi:

Ngày:

Biểu mẫu này sẽ không có giá trị pháp lý nếu không có chữ ký của người làm chứng hoặc công chứng viên.

Yêu Cầu về Người Làm Chứng:

- Phải ít nhất 18 tuổi và có năng lực.
- Không được có quan hệ huyết thống, hôn nhân hoặc quan hệ bạn đời sống chung đã đăng ký tại tiểu bang với quý vị hoặc người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị.
- Không được là nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc tại nhà của quý vị hoặc là nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc tại một viện dưỡng lão hoặc cơ sở chăm sóc dài hạn nơi quý vị đang sinh sống.

Xác Nhận của Người Làm Chứng: Tôi tuyên bố rằng tôi đáp ứng các quy định để trở thành người làm chứng.

Chữ Ký của **Người Làm Chứng 1:**

Ngày:

Tên Được Viết In Hoa:

Chữ Ký của **Người Làm Chứng 2:**

Ngày:

Tên Được Viết In Hoa:

Tùy chọn 2: Công Chứng Viên

Tiểu Bang Washington)

Quận)

Hồ sơ này được xác nhận trước sự chứng kiến của tôi vào ngày này

Bởi (tên cá nhân):

Chữ Ký:

Tiêu Đề:

Thời Hạn:

Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest

Biểu mẫu pháp lý này là một phiên bản trong số nhiều phiên bản được cung cấp công khai. Đây không phải là lời khuyên pháp lý. Nếu có thắc mắc hoặc cần hỗ trợ, vui lòng tham khảo ý kiến của cố vấn pháp lý của quý vị. (08-2021)

CHỈ THỊ CHĂM SÓC SỨC KHOẺ (Ý NGUYỄN TRỊ LIỆU)

Họ và Tên:

Số Hồ Sơ Y Tế:

Ngày Sinh: / /

Chỉ thị này được lập vào ngày _____ tháng _____ năm _____.
(Năm)

Tôi, _____ với tinh thần minh mẫn, tự nguyện và tự giác bày tỏ mong muốn rằng tôi không muốn kéo dài sự sống theo cách thức nhân tạo trong những trường hợp được nêu dưới đây, và tôi xin tuyên bố rằng:

- (A) Nếu vào bất kỳ thời điểm nào tôi mắc phải một bệnh trạng không thể chữa trị và không thể hồi phục được bác sĩ điều trị của tôi xác nhận là bệnh trạng giai đoạn cuối, và khi việc áp dụng biện pháp điều trị duy trì sự sống chỉ nhằm mục đích kéo dài quá trình hấp hối của tôi theo cách thức nhân tạo, tôi yêu cầu dừng hoặc rút lại việc điều trị đó, và tôi được phép qua đời một cách tự nhiên. Tôi hiểu rằng “bệnh trạng giai đoạn cuối” có nghĩa là một bệnh trạng không thể chữa trị và không thể hồi phục do chấn thương, bệnh tật hoặc ốm đau gây ra, mà theo đánh giá y tế hợp lý, sẽ dẫn đến tử vong trong một khoảng thời gian hợp lý theo các tiêu chuẩn y tế được chấp nhận.
- (B) Nếu tôi rơi vào trạng thái hôn mê không thể phục hồi hoặc tình trạng sống thực vật kéo dài, hoặc tình trạng bất tỉnh vĩnh viễn khác được hai bác sĩ chứng nhận, và nếu các bác sĩ đó tin rằng tôi không có khả năng hồi phục hợp lý, tôi yêu cầu ngừng hoặc rút lại việc điều trị duy trì sự sống.
- (C) Nếu tôi được chẩn đoán là đang mắc bệnh trạng giai đoạn cuối hoặc bất tỉnh vĩnh viễn, [chọn một]
_____ Tôi MUỐN được cung cấp chất dinh dưỡng và nước theo cách nhân tạo.
_____ Tôi KHÔNG MUỐN được cung cấp chất dinh dưỡng và nước theo cách nhân tạo.
Tôi hiểu rằng việc cung cấp chất dinh dưỡng và nước theo cách nhân tạo là một hình thức điều trị duy trì sự sống trong một số trường hợp nhất định. Tôi yêu cầu tất cả các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe chăm sóc cho tôi tôn trọng chỉ thị này.
- (D) Nếu tôi không còn khả năng đưa ra chỉ dẫn liên quan đến việc áp dụng các biện pháp duy trì sự sống nêu trên, tôi mong muốn rằng chỉ thị này sẽ được gia đình tôi, các bác sĩ và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác tôn trọng như là sự thể hiện cuối cùng quyền cơ bản của tôi trong việc từ chối điều trị y tế hoặc phẫu thuật, và cũng phải được bất kỳ ai được chỉ định để đưa ra các quyết định thay tôi tôn trọng, dù là thông qua giấy ủy quyền có hiệu lực lâu dài hay hình thức nào khác. Tôi chấp nhận những hậu quả của việc từ chối này.
- (E) Nếu tôi được chẩn đoán là đang mang thai và bác sĩ của tôi biết về chẩn đoán đó, thì chỉ thị này sẽ không có hiệu lực trong suốt thời gian tôi mang thai.
- (F) Tôi hiểu đầy đủ ý nghĩa của chỉ thị này và tôi có đủ năng lực về mặt tinh thần và cảm xúc để đưa ra chỉ thị này. Tôi cũng hiểu rằng tôi có thể sửa đổi hoặc hủy bỏ chỉ thị này bất kỳ lúc nào.
- (G) Tôi đưa ra các chỉ dẫn bổ sung sau đây liên quan đến dịch vụ chăm sóc cho tôi:

***Cần có Chữ Ký của Tôi và Chữ Ký của Công Chứng Viên hoặc
Hai Người Làm Chứng trên trang tiếp theo***

Họ và Tên:

Số Hồ Sơ Y Tế:

Ngày Sinh: / /

Để có hiệu lực pháp lý, tôi phải ký tên trước hai người làm chứng HOẶC công chứng viên.

Chữ Ký của Tôi:

Ngày:

YÊU CẦU VỀ NGƯỜI LÀM CHỨNG HOẶC CÔNG CHỨNG VIÊN

Biểu mẫu này sẽ không có giá trị pháp lý nếu không có chữ ký của người làm chứng hoặc công chứng viên.

Tùy chọn 1: Hai Người Làm Chứng

Yêu Cầu về Người Làm Chứng:

- Phải ít nhất 18 tuổi và có năng lực.
- Không được có quan hệ huyết thống, hôn nhân hoặc quan hệ bạn đời sống chung đã đăng ký tại tiểu bang với quý vị hoặc người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị.
- Không được là nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc tại nhà của quý vị hoặc là nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc tại một viện dưỡng lão hoặc cơ sở chăm sóc dài hạn nơi quý vị đang sinh sống.
- Không được là bất kỳ ai có yêu cầu bồi thường đối với bất kỳ phần nào của di sản của người tuyên bố sau khi người tuyên bố qua đời vào thời điểm thực hiện chỉ thị.

Xác Nhận của Người Làm Chứng: Tôi tuyên bố rằng tôi đáp ứng các quy định để trở thành người làm chứng.

Chữ Ký của **Người Làm Chứng 1:**

Ngày:

Tên Được Viết In Hoa:

Chữ Ký của **Người Làm Chứng 2:**

Ngày:

Tên Được Viết In Hoa:

Tùy chọn 2: Công Chứng Viên

Tiểu Bang Washington)

)

Quận _____)

)

Hồ sơ này được xác nhận trước sự chứng kiến của tôi vào ngày này

Bởi (tên cá nhân):

Chữ Ký:

Tiêu Đề:

Thời Hạn:

Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest

Biểu mẫu pháp lý này là một phiên bản trong số nhiều phiên bản được cung cấp công khai. Đây không phải là lời khuyên pháp lý.
Nếu có thắc mắc hoặc cần hỗ trợ, vui lòng tham khảo ý kiến của cố vấn pháp lý của quý vị. (08-2021)

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 รวมทั้งเครื่องช่วยเหลือนและบริกาเสริมที่เหมาะสมได้ฟรี 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**).

