

Tiền Chỉ Thị Về Chăm Sóc Y Tế Advance Health Care Directive



LIFE CARE Hoạch định CHĂM SÓC TRỌN ĐỜI

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

kp.org/lifecareplan (bằng tiếng Anh)

NÊN NHỚ

- 1 Cần phải chứng nhận hoặc công chứng tài liệu này
- 2 Ký tên và để ngày
- 3 Gửi lại một bản cho Kaiser Permanente (KP)

Họ tên (Full name): _____

Số Hồ sơ Y tế (Medical Record #): _____

Giới Thiệu (Introduction)

Bản Tiền Chỉ Thị Về Chăm Sóc Y Tế (Advance Health Care Directive) này cho phép quý vị chia sẻ các giá trị, lựa chọn và hướng dẫn của quý vị về việc chăm sóc sức khỏe của quý vị. Mẫu này có thể được dùng để:

- Nêu tên cho người mà quý vị tin cậy để đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho quý vị ("người đại diện chăm sóc sức khỏe" của quý vị), HOẶC
- Cung cấp hướng dẫn bằng văn bản về chăm sóc sức khỏe của quý vị, HOẶC
- Cả hai việc đề tên một nhân viên chăm sóc sức khỏe VÀ cung cấp chỉ thị bằng văn bản về chăm sóc sức khỏe.

Phần 1 cho phép quý vị nêu tên một đại diện chăm sóc sức khỏe.

Phần 2 cho quý vị cơ hội chia sẻ giá trị của mình và điều quan trọng đối với quý vị.

Phần 3 cho phép quý vị đưa ra các chỉ thị bằng văn bản về chăm sóc sức khỏe của quý vị.

Phần 4 cho phép quý vị hướng dẫn việc ra quyết định của người đại diện của quý vị bằng cách nêu rõ các hy vọng và mong muốn của quý vị.

Phần 5 cho phép quý vị hợp pháp hóa Bản Tiền Chỉ Thị Về Chăm Sóc Y Tế của mình có giá trị pháp lý tại Tiểu Bang California.

Phần 6 chuẩn bị cho quý vị chia sẻ các mong muốn của mình và tài liệu này với những người khác.

Quý vị có thể tự do hoàn thành hoặc sửa đổi tất cả hoặc bất kỳ phần nào của biểu mẫu này hoặc sử dụng một biểu mẫu khác.

Bản Tiền Chỉ Thị Về Chăm Sóc Y Tế sẽ thay thế cho bất kỳ bản Tiền Chỉ Thị Về Chăm Sóc Y Tế nào mà quý vị đã hoàn thành trong quá khứ, cho dù chúng khác nhau ra sao. Nếu quý vị muốn hủy hoặc thay đổi người đại diện được nêu tên, hãy hoàn thành một tài liệu mới hoặc thông báo trực tiếp cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị.

Họ tên (Full name): _____

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

Ngày sinh (Date of birth): _____

Địa chỉ gửi thư (Mailing address): _____

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

Điện thoại sở làm (Work phone): _____ Email: _____

LIFE CARE

Hoạch định CHĂM SÓC TRỌN ĐỜI

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

Họ tên (Full name): _____

Số Hồ sơ Y tế (Medical Record #): _____

Phần 1. Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe Của Tôi (My Health Care Agent)

Chọn một đại diện chăm sóc sức khỏe:

Chọn một người nào đó biết rõ quý vị, những người quý vị tin tưởng tôn trọng quan điểm và giá trị của quý vị, và ai có thể đưa ra các quyết định khó khăn trong những tình huống căng thẳng. Một khi quý vị đã chọn được đại diện chăm sóc sức khỏe cho mình, dành thời gian để thảo luận về quan điểm của và mục tiêu điều trị của quý vị với cá nhân đó và đảm bảo rằng họ sẵn sàng hành động như người ra quyết định của quý vị.

Nếu tôi không thể truyền đạt mong muốn và các quyết định chăm sóc sức khỏe của mình, hoặc nếu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi xác định rằng tôi không thể tự đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe, tôi chọn (những) người sau đây để đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe của tôi.*

Đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi phải đưa ra các quyết định chăm sóc sức khỏe phù hợp với các chỉ thị của tôi trong tài liệu này, nếu có, và các mong muốn khác mà đại diện của tôi biết. Nếu không, người đại diện của tôi phải đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe mà họ tin rằng tôi quan tâm nhất, bằng việc xem xét những gì họ biết về giá trị cá nhân của tôi.

Mẫu đơn này không cung cấp cho đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi thẩm quyền để đưa ra quyết định về mặt kinh tế hoặc các quyết định kinh doanh khác. Đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi không có quyền đưa tôi vào một cơ sở điều trị sức khỏe tâm thần hoặc đồng ý với một số phương pháp điều trị sức khỏe tâm thần.

Người đại diện (chính) chăm sóc sức khỏe của tôi là (My primary health care agent):

Họ tên (Full name): _____

Mối quan hệ với tôi (Relationship to me): _____

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

Điện thoại sở làm (Work phone): _____ Email: _____

Địa chỉ gửi thư (Mailing address): _____

*Tôi hiểu rằng người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi không thể là nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe giám sát của tôi hoặc một nhà điều hành của một cộng đồng hoặc cơ sở chăm sóc tại nhà nội trú nơi tôi đang được chăm sóc. Người đại diện chăm sóc của tôi cũng có thể không phải là nhân viên của một dịch vụ chăm sóc cộng đồng, chăm sóc tại nhà nội trú hoặc cơ sở chăm sóc sức khỏe nơi tôi đang được chăm sóc, trừ khi người đó là người thân ruột thịt của tôi, qua quan hệ hôn nhân hoặc nhận con nuôi, là đối tác sống chung trong nhà đã đăng ký của tôi hoặc cộng sự của tôi.

Quý vị cần trợ giúp bổ sung?
kp.org/lifecareplan

Họ tên (Full name): _____

Số Hồ sơ Y tế (Medical Record #): _____

Nếu tôi hủy bỏ thẩm quyền của người đại diện chăm sóc sức khỏe chính của tôi, hoặc nếu người đại diện chăm sóc chính của tôi không sẵn sàng, có thể, hoặc sẵn có để đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho tôi một cách hợp lý, tôi nêu tên cá nhân dưới đây làm người đại diện thay thế đầu tiên của tôi.

Chọn một đại diện chăm sóc sức khỏe thay thế thứ nhất (First alternate health care agent):

Họ tên (Full name): _____

Mối quan hệ với tôi (Relationship to me): _____

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

Điện thoại sở làm (Work phone): _____ Email: _____

Địa chỉ gửi thư (Mailing address): _____

Nếu tôi hủy bỏ thẩm quyền của người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi, cá nhân chính hoặc thay thế đầu tiên, hoặc nếu cả hai người đại diện chăm sóc của tôi không sẵn sàng, có thể, hoặc sẵn có để đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho tôi một cách hợp lý, tôi nêu tên cá nhân dưới đây làm người đại diện thay thế thứ hai của tôi.

Chọn một đại diện chăm sóc sức khỏe thay thế thứ hai (Second alternate health care agent):

Họ tên (Full name): _____

Mối quan hệ với tôi (Relationship to me): _____

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

Điện thoại sở làm (Work phone): _____ Email: _____

Địa chỉ gửi thư (Mailing address): _____

Quyền hạn của người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi (Powers of my health care agent) :

Trừ khi tôi giới hạn thẩm quyền của người đại diện, đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi có tất cả các quyền hạn sau (Unless I limit my agent's authority, my health care agent has all of the following powers) :

- A. Thay tôi lựa chọn việc chăm sóc sức khỏe của tôi. Điều này bao gồm các quyết định về xét nghiệm, thuốc, và phẫu thuật. Thẩm quyền này cũng bao gồm các quyết định cung cấp, không cung cấp hoặc ngừng tất cả các hình thức chăm sóc sức khỏe để giữ cho tôi còn sống, bao gồm dinh dưỡng nhân tạo (thực phẩm), hydrat hóa (nước) và hồi sức tim phổi.
- B. Quyết định xem bác sĩ, nhà cung cấp dịch vụ y tế và tổ chức nào cung cấp dịch vụ chữa trị y tế cho tôi.
- C. Sắp xếp và đưa ra quyết định về việc chăm sóc cơ thể của tôi sau khi qua đời (bao gồm cả khám nghiệm tử thi và hiến nội tạng).

LIFE CARE

Hoạch định CHĂM SÓC TRỌN ĐỜI

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

Họ tên (Full name): _____

Số Hồ sơ Y tế (Medical Record #): _____

Vui lòng cung cấp bất kỳ nhận xét hoặc hạn chế bổ sung nào cho phần thẩm quyền của người đại diện tại đây. (Ví dụ, quý vị có thể nêu tên những người mà mình không muốn tham gia vào các quyết định y tế thay mặt cho quý vị. Quý vị cũng có thể xác định các quyết định mà quý vị không muốn người đại diện của mình thực hiện.) Đính kèm (các) trang bổ sung nếu cần thiết. (Please provide any additional comments or restrictions to your agent's authority here. [For example, you may name people you would not want involved in medical decisions on your behalf. You may also specify decisions you would not want your agent to make.] Attach additional page[s] if necessary.)

Hướng dẫn bổ sung dành cho người đại diện chăm sóc sức khỏe (Additional healthcare agent instructions):

Đánh dấu chọn ô này hoặc ô bên dưới, nếu quý vị muốn đại diện của mình làm theo các hướng dẫn này. (Check the box or boxes below, if you want your agent to follow these instructions.)

- Tôi muốn người đại diện của tôi tiếp tục làm đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi ngay cả khi sự kiện qua đời, hủy bỏ, hoặc chấm dứt hôn nhân hoặc quan hệ đối tác sống chung của chúng tôi đã kết thúc. (I want my agent to continue as my health care agent even if a dissolution, annulment, or termination of our marriage or domestic partnership has been completed.)
- Tôi muốn người đại diện của tôi ngay lập tức bắt đầu đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho tôi ngay cả khi tôi có thể quyết định hoặc tự mình cho biết. (I want my agent to immediately begin making health care decisions for me even if I am able to decide or speak for myself.)

**Quý vị cần trợ giúp bổ sung?
kp.org/lifecareplan**

Họ tên (Full name): _____

Số Hồ sơ Y tế (Medical Record #): _____

Phần 2. Những Giá trị và Niềm tin của Tôi (My Values and Beliefs)

Tôi muốn người đại diện của tôi và những người thân yêu biết những gì quan trọng nhất đối với tôi, để họ có thể đưa ra quyết định về chăm sóc sức khỏe phù hợp với bản thân tôi và điều gì là quan trọng đối với tôi.

Để mang đến cho quý vị ý thức về điều gì quan trọng nhất đối với tôi, tôi muốn kể cho quý vị một số điều về bản thân mình, chẳng hạn như cách tôi thích dành thời gian làm gì, người mà tôi thích ở bên cạnh và điều tôi muốn làm. Tôi cũng muốn nói với quý vị về những hoàn cảnh khiến cuộc sống không còn đáng giá đối với tôi nữa.

1. Nếu tôi có một ngày tốt lành, tôi sẽ làm như sau (If I were having a good day, I would be doing the following):

2. Điều quan trọng nhất đối với tôi là (What matters most to me is):

3. Cuộc sống sẽ không còn đáng sống nếu tôi không thể (Life would no longer be worth living if I were not able to):

4. Truyền thống tín ngưỡng hoặc tinh thần (Religious or spiritual traditions):

Tôi có tín ngưỡng (I am of the) _____, và tôi là thành viên của (cộng đồng tín ngưỡng/tinh thần) (faith, and am a member of [faith/spiritual community]) _____

tại (thành phố) (city) _____, (điện thoại#) (phone #) _____.

Tôi muốn người đại diện của tôi thông báo cho họ biết nếu tôi bị bệnh nặng hoặc hấp hối (I would like my agent to notify them if I am seriously ill or dying). Tôi muốn bao gồm trong tang lễ của tôi, nếu có thể, những điều sau đây (về người tham dự, âm nhạc, nghi thức, v.v.) (I would like to include in my funeral, if possible, the following [people, music, rituals, etc.]):

Tôi không có bất kỳ truyền thống tín ngưỡng hoặc tinh thần cụ thể nào. (I have no specific religious or spiritual traditions.)

Phần 3. Các Hướng Dẫn về Chăm Sóc Sức Khỏe Của Tôi (My Health Care Instructions)

Nếu quý vị chọn không cung cấp hướng dẫn bằng văn bản, người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị sẽ đưa ra quyết định dựa trên các chỉ thị bằng tiếng nói của quý vị. Nếu những chỉ thị của quý vị không xác định được, người đại diện của quý vị sẽ đưa ra quyết định dựa trên những gì họ tin rằng quý vị quan tâm nhất, bằng cách xem xét các giá trị của quý vị. (If you choose not to provide written instructions, your health care agent will make decisions based on your spoken directions. If your directions are unknown, your agent will make decisions based on what he or she believes is in your best interest, considering your values).

Trong tình huống dưới đây, chúng tôi yêu cầu quý vị xem xét một sự kiện bất ngờ đột ngột khiến quý vị không thể tự giao tiếp cho chính mình. (In the situation below, we ask you to consider a sudden unexpected event that leaves you unable to communicate for yourself).

Tôi yêu cầu đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi đại diện cho các lựa chọn của tôi như được nêu chi tiết dưới đây, và các bác sĩ và nhóm chăm sóc sức khỏe của tôi tôn trọng họ. Nếu đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi hoặc những người đại diện thay thế không có sẵn hoặc không thể đưa ra quyết định thay cho tôi, tài liệu này đại diện cho mong muốn của tôi. (I ask that my health care agent represent my choices as detailed below, and that my doctors and health care team honor them. If my health care agent or alternate agents are not available or are unable to make decisions on my behalf, this document represents my wishes).

1. Phương pháp điều trị kéo dài tuổi thọ (Treatments to prolong life)

Xem xét tình huống sau (Consider the following situation):

Quý vị gặp tai nạn đột ngột hoặc đột quỵ. (You have a sudden accident or stroke.)

Các bác sĩ đã xác định quý vị bị thương tổn não, khiến quý vị không thể nhận ra bản thân hoặc người thân của mình. Các bác sĩ đã nói với người đại diện và/hoặc gia đình của quý vị rằng quý vị không được dự kiến sẽ phục hồi những khả năng này. Các phương pháp điều trị duy trì sự sống, chẳng hạn như máy trợ thở (tức là, máy thở), hoặc ống dẫn thức ăn, được yêu cầu để giữ sự sống cho quý vị. Trong tình huống này quý vị mong muốn gì? (Doctors have determined you have a brain injury, leaving you unable to recognize yourself or your loved ones. The doctors have told your agent and/or family that you are not expected to recover these abilities. Life-sustaining treatments, such as a ventilator (i.e., breathing machine), or a feeding tube, are required to keep you alive. In this situation what would you want?)

Tôi muốn được giữ mình thoải mái và (I would want to be kept comfortable and):

- Chọn Một (Choose One)
- Tôi muốn NGỪNG điều trị duy trì sự sống. Tôi nhận ra điều này có lẽ sẽ khiến tôi qua đời sớm hơn so với việc tôi tiếp tục điều trị. (I would want to STOP life-sustaining treatment. I realize this would probably lead me to die sooner than if I were to continue treatment.)
 - Tôi muốn tiếp tục các phương pháp điều trị duy trì sự sống. (I would want to continue life-sustaining treatments.)

Vui lòng cung cấp bất kỳ chỉ dẫn bổ sung nào về phương pháp điều trị duy trì sự sống. Ví dụ, quý vị có thể muốn nêu rõ một khoảng thời gian cụ thể mà quý vị sẽ muốn được giữ sự sống nếu quý vị không có cải thiện sức khỏe nào. (Please provide any additional instructions about life-sustaining treatments. For example, you may want to state a specific time period that you would want to be kept alive if there were no improvement to your health.)

2. CPR (Hồi sức tim phổi) (Cardiopulmonary resuscitation, CPR)

CPR là một nỗ lực để mang lại sự sống cho quý vị khi trái tim và hơi thở của quý vị đã dừng hoạt động. Phương pháp này có thể bao gồm ép ngực (ép mạnh vào lồng ngực để làm cho tim co bóp), thuốc men, những cú sốc điện và ống thở.

Quý vị có lựa chọn về CPR. CPR có thể giữ mạng sống. Phương pháp này không hiệu quả như hầu hết mọi người nghĩ. CPR hoạt động tốt nhất nếu được thực hiện nhanh chóng, trong vòng vài phút, đối với một người lớn khỏe mạnh. Khi CPR được thực hiện, phương pháp hồi sức này có thể dẫn đến gãy xương sườn, phổi bị thủng hoặc tổn thương não do thiếu oxy. * Nếu quý vị muốn biết thêm thông tin về CPR, vui lòng yêu cầu tài liệu có tên là **CPR: Hồi Sức Tim Phổi (Cardiopulmonary Resuscitation)**

Nếu quý vị không muốn CPR, hãy thảo luận với bác sĩ của mình các tài liệu khác mà quý vị có thể muốn hoàn tất.

Trong trường hợp tim và hơi thở ngừng đập, quý vị mong muốn gì? (In the event that your heart and breathing stop, what would you want?)

Chọn
Một
(Choose
One)

- Tôi luôn muốn can thiệp với CPR. (I always want CPR attempted.)
 - Tôi không bao giờ muốn can thiệp bằng CPR, mà là muốn cho phép mình có một cái chết tự nhiên. (I never want CPR attempted, but rather want to permit a natural death.)
 - Tôi muốn can thiệp CPR trừ khi bác sĩ điều trị cho tôi xác định bất kỳ điều nào sau đây: (I want CPR attempted unless the doctor treating me determines any of the following:)
- Tôi có một căn bệnh hoặc chấn thương không thể chữa được và sắp chết; hoặc là (I have an incurable illness or injury and am dying; or)
 - Tôi không có cơ hội sống sót hợp lý nếu tim hoặc ngừng thở; hoặc là (I have no reasonable chance of survival if my heart or breathing stops; or)
 - Tôi có ít cơ hội sống sót nếu tim hoặc hơi thở ngừng đập và quá trình hồi sức sẽ gây ra những đau khổ đáng kể. (I have little chance of survival if my heart or breathing stops and the process of resuscitation would cause significant suffering.)

Quý vị cần trợ giúp bổ sung?
kp.org/lifecareplan

*Nghiên cứu cho thấy rằng nếu quý vị đang ở trong bệnh viện và nhận CPR, quý vị có 22% cơ hội sống sót và rời khỏi bệnh viện còn sống. Saket Girotra, M.D., Brahmajee K. Nallamothe, M.D., M.P.H., John A. Spertus, M.D., M.P.H., những người khác. "Chiều hướng Sống sót sau khi Tim Ngừng đập Trong Bệnh Viện," *New England Journal of Medicine* 367; 20 tháng Mười Một 15, 2012.

Phần 4. Các Hy Vọng và Ước Muốn của Tôi (Tùy chọn) (My Hopes and Wishes [Optional])

1. Khi tôi sắp chết, tôi muốn những người thân yêu của tôi biết tôi sẽ đánh giá cao những điều sau đây (lời cầu nguyện, nghi lễ, âm nhạc) và nơi tôi thích an nghỉ: (As I'm nearing my death, I want my loved ones to know I would appreciate having the following [prayers, rituals, music] and where I prefer to die:)

2. Những ước muốn/hướng dẫn khác: (Other wishes/instructions:)

3. **Hiến tặng** (Nếu quý vị không có sở thích nào, đại diện chăm sóc của quý vị có thể quyết định cho quý vị.): (**Organ donation** [If you have no preference, your agent may decide for you.])

- Khi tôi chết, tôi muốn hiến tặng đôi mắt, các mô và bất kỳ cơ quan nội tạng nào. Mong muốn cụ thể của tôi (nếu có) là: (Upon my death, I want to donate my eyes, tissues, and any organs. My specific wishes [if any] are:)

- Khi tôi chết, Tôi chỉ muốn hiến tặng các cơ quan, mô, hoặc bộ phận cơ thể sau đây: (Upon my death, I only wish to donate the following organs, tissues, or body parts:)

- Tôi KHÔNG MUỐN hiến tặng đôi mắt, các mô và bất kỳ cơ quan nội tạng nào. (I DO NOT want to donate my eyes, tissues, and/or organs.)

Họ tên (Full name): _____

Số Hồ sơ Y tế (Medical Record #): _____

Phần 4. Các Hy Vọng và Ước Muốn của Tôi (Tùy chọn) (My Hopes and Wishes [Optional])

**4. Nếu quý vị muốn hiến tặng cơ thể của mình cho mục đích nghiên cứu, quý vị phải sắp xếp trước:
(If you wish to donate your body for research, arrangements must be made in advance:)**

Tên Tổ chức/Cơ quan (Organization/Institution Name): _____

Điện thoại (Phone): _____

Họ tên (Full name): _____

Số Hồ sơ Y tế (Medical Record #): _____

Phần 5. Làm Cho Tài Liệu Này Hợp Lệ Về Mặt Pháp Lý (Making This Document Legally Valid)

Để cho Bản Tiễn Chỉ Thị Chăm Sóc Y Tế của quý vị có giá trị pháp lý tại tiểu bang California, văn bản này phải được ký bởi hai nhân chứng, HOẶC đã được thừa nhận trước một Công Chứng Viên. Thực hiện theo các bước được nêu bên dưới theo thứ tự được liệt kê:

1. Chọn MỘT TRONG HAI

Hai Nhân Chứng (Two Witnesses)



- Một trong những nhân chứng của quý vị không thể liên quan đến quý vị (bằng huyết thống, hôn nhân, hoặc nhận con nuôi) và không thể được hưởng bất kỳ phần nào tài sản của quý vị.
- Bên đại diện chăm sóc chính và thay thế của quý vị không thể ký tên làm nhân chứng.
- Khi quý vị ở cùng với nhân chứng, hãy ký tên hoặc xác nhận chữ ký của mình.
- Các nhân chứng sẽ ký vào trang 11.
- Quý vị sẽ ký vào trang 12.

HOẶC

Công Chứng Viên (Notary Public)



- KHÔNG ký tên vào tài liệu này trừ khi quý vị ở cùng với một Công Chứng Viên.
- Công Chứng Viên sẽ ký vào trang 12. (Bỏ qua trang 11.)
- Quý vị sẽ ký vào trang 12.

Yêu Cầu Về Nhân Chứng Đặc Biệt (Special Witness Requirement)

Nếu quý vị đang là một bệnh nhân trong một cơ sở điều dưỡng chuyên môn, người bệnh vực bệnh nhân hoặc thanh tra viên phải ký vào tuyên bố sau đây. (If you are a patient in a skilled nursing facility, the patient advocate or ombudsman must sign the following statement.)

STATEMENT OF PATIENT ADVOCATE OR OMBUDSMAN:

I declare under penalty of perjury under the laws of California that I am a patient advocate or an ombudsman as designated by the State Department of Aging and that I am serving as a witness as required by Section 4675 of the California Probate Code.

Signature: _____ Date: _____

Họ tên (Full name): _____

Số Hồ sơ Y tế (Medical Record #): _____

Mẫu đơn này phải có chữ ký của hai nhân chứng (chỉ một người trong số họ có thể liên quan đến quý vị), HOẶC đã được thừa nhận trước một Công Chứng Viên. Nếu quý vị hiện đang dùng một Công Chứng Viên, bỏ qua trang này.

1

Tuyên bố của Nhân chứng (Statement of Witnesses)

TUYÊN BỐ CỦA NHÂN CHỨNG: Tôi tuyên bố dưới hình phạt khai man theo luật pháp của Tiểu bang California

- rằng cá nhân này đã ký hoặc thừa nhận Bản Tiền Chỉ Thị Chăm Sóc Y Tế này được chính cá nhân tôi biết hoặc danh tính của cá nhân đã được chứng minh cho tôi bằng bằng chứng thuyết phục,
- rằng cá nhân này đã ký hoặc thừa nhận Bản Tiền Chỉ thị Chăm sóc Y tế này khi có mặt tôi,
- rằng cá nhân này dường như có vẻ minh mẫn và không bị cưỡng bức, gian lận hoặc bị ảnh hưởng quá mức,
- rằng tôi không được chỉ định làm người đại diện bởi Bản Tiền Chỉ Thị Chăm Sóc Y Tế, và
- rằng 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, người điều hành cơ sở chăm sóc cộng đồng, nhân viên của nhà điều hành cơ sở chăm sóc cộng đồng, người điều hành cơ sở chăm sóc nội trú cho người cao niên hoặc một nhân viên của một nhà điều hành của một cơ sở chăm sóc nội trú cho người cao niên.

Nhân Chứng Số Một (Witness Number One):

Họ tên viết in hoa (Print full name): _____

Địa chỉ (Address): _____

Chữ ký (Signature): _____ Ngày (Date): _____

Nhân Chứng Số Hai (Witness Number Two):

Họ tên viết in hoa (Print full name): _____

Địa chỉ (Address): _____

Chữ ký (Signature): _____ Ngày (Date): _____

BỔ SUNG TUYÊN BỐ CỦA NHÂN CHỨNG: Ít nhất một trong các nhân chứng phải đáp ứng các yêu cầu sau và ký tên vào tờ khai sau đây: (**ADDITIONAL STATEMENT OF WITNESS:** At least one of the witnesses must meet the following requirements and sign the following declaration):

1

Tôi tiếp tục tuyên bố dưới hình phạt khai man theo luật pháp Tiểu bang California rằng tôi không liên quan đến cá nhân thực hiện Bản Tiền Chỉ thị Chăm sóc Y Tế này đây bằng quan hệ huyết thống, hôn nhân hoặc nhận con nuôi, và theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi, tôi không được hưởng bất kỳ phần nào của bất động sản của cá nhân này khi người đó qua đời theo ý muốn hiện tại hoặc do hoạt động của pháp luật.

Họ tên viết in hoa (Print full name): _____

Chữ ký (Signature): _____ Ngày (Date): _____

Họ tên (Full name): _____

Số Hồ sơ Y tế (Medical Record #): _____

2 CHỮ KÝ (SIGNATURE)

Tên viết in hoa của tôi (My name printed): _____

Chữ ký của tôi (My Signature): _____ Ngày (Date): _____

Nếu quý vị không thể ký tên, bất kỳ dấu hiệu nào quý vị thực hiện mà quý vị dự định sẽ là chữ ký của quý vị đều được chấp nhận. (If you are physically unable to sign, any mark you make that you intend to be your signature is acceptable.)

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.

1 Notary Public (Công Chứng Viên)

State of California

County of _____

on _____

Date

before me, _____

Name and Title of Officer

personally appeared _____

Name of Signer

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 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 _____ (Seal)

Phần 6. Các Bước Tiếp Theo (Next Steps)

Bây giờ quý vị đã hoàn thành Bản Tiễn Chỉ thị Chăm sóc Y Tế 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 đại diện chăm sóc của quý vị (nếu chưa làm như vậy). Hãy đảm bảo rằng người đó có thể thực hiện công việc quan trọng này cho quý vị trong tương lai.
- Nói chuyện với những thành viên còn lại trong gia đình và bạn bè thân thiết, những người có thể tham gia nếu quý vị bị bệnh nặng hoặc bị thương. Hãy chắc chắn rằng họ biết ai là đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị, và mong muốn của quý vị là gì.

Chuẩn bị các bản sao:

- Cung cấp cho đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị một bản sao Bản Tiễn Chỉ Thị Chăm Sóc Y Tế của quý vị.
- Đưa một bản sao Bản Tiễn Chỉ Thị Chăm Sóc Y Tế của quý vị cho bác sĩ của quý vị, hoặc Ban Giáo Dục về Sức Khỏe Kaiser Permanente tại địa phương quý vị.
- Tạo một bản sao cho chính bản thân quý vị và giữ tài liệu này ở nơi có thể dễ dàng tìm thấy.

Mang theo cùng quý vị:

- Nếu quý vị đến bệnh viện hoặc nhà điều dưỡng, hãy mang theo một bản sao Tiễn Chỉ Thị Chăm Sóc Y Tế của quý vị và yêu cầu được đưa vào hồ sơ y tế của quý vị.
- Quý vị mang theo một bản sao bất cứ khi nào quý vị sẽ ở xa nhà trong một thời gian dài.

Xem xét thường xuyên:

- Xem xét mong muốn chăm sóc sức khỏe của quý vị bất cứ khi nào bất kỳ "5D" xảy ra:
Thập kỷ (Decade)—khi quý vị bắt đầu mỗi giai đoạn mười năm mới của cuộc sống.
Qua đời (Death)—bất cứ khi nào quý vị trải qua sự kiện qua đời của người thân yêu.
Ly hôn (Divorce)—khi quý vị trải qua một vụ ly hôn hoặc một sự thay đổi lớn khác trong gia đình.
Chẩn đoán (Diagnosis)—khi quý vị được chẩn đoán có tình trạng sức khỏe nghiêm trọng.
Suy sụp (Decline)—khi quý vị trải qua một sự suy sụp đáng kể hoặc suy giảm tình trạng sức khỏe hiện có, đặc biệt là khi quý vị không thể sống một mình.

Thay đổi Bản Tiễn Chỉ thị Về Chăm Sóc Y Tế của Quý vị

Nếu mong muốn hoặc người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị thay đổi, vui lòng thông báo cho nhà cung cấp của quý vị hoặc điền mới một bản Tiễn Chỉ thị Chăm sóc Y Tế. Báo cho người đại diện của quý vị, gia đình quý vị và bất cứ ai khác có đang giữ một bản sao, và cung cấp một bản sao mới cho Kaiser Permanente.

Các bản sao của tài liệu này đã được trao cho:

- Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe Chính (chính)

Họ tên (Full name): _____

Điện thoại (Telephone): _____

- Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe Thay Thế #1

Họ tên (Full name): _____

Điện thoại (Telephone): _____

- Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe Thay Thế #2

Họ tên (Full name): _____

Điện thoại (Telephone): _____

- Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe/Phòng Khám

Tên (Name): _____

Điện thoại (Telephone): _____

- Đơn vị khác:

Tên (Name): _____

Điện thoại (Telephone): _____



Gửi lại một bản sao Bản Tiền Chỉ Thị Chăm Sóc Y Tế đã hoàn tất của quý vị đến cho bất kỳ Ban Giáo Dục về Sức Khỏe Kaiser Permanente nào. (Return a copy of your completed Advance Health Care Directive to any Kaiser Permanente Health Education Department.)

LIFE CARE

Hoạch định CHĂM SÓC TRỌN ĐỜI

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

Quý vị cần trợ giúp bổ sung?
kp.org/lifecareplan



KAISER PERMANENTE®

Thông tin này không phải là thông tin dùng để chẩn đoán các vấn đề về sức khỏe hoặc thay thế sự cố vấn y khoa hoặc sự chăm sóc do bác sĩ hoặc các nhà chăm sóc sức khỏe khác dành cho quý vị. Nếu quý vị có những vấn đề về sức khỏe kéo dài, hoặc quý vị có thắc mắc gì khác, vui lòng tham khảo ý kiến bác sĩ của quý vị.

© 2013, TPMG, Inc. All rights reserved. Regional Health Education.
9134000116 (Revised 8/16) Life Care Planning - my values, my choices, my care