Lập Kế Hoạch Chăm Sóc Trước

TỔNG QUAN VÀ CHỈ THỊ TRƯỚC

Overview and Advance Directive - Vietnamese Translation

Honoring Choices® PACIFIC NORTHWEST

AN INITIATIVE OF

Washington State Hospital Association | WSMA Foundation for Health Care Improvement

This form meets the requirements of Washington state law (Biểu mẫu này đáp ứng các yêu cầu của luật pháp tiểu bang Washington).

Lập kế hoạch chăm sóc trước là gì?

Lập kế hoạch chăm sóc trước là nghĩ về việc chăm sóc sức khỏe nào mà quý vị có thể muốn trong tương lai. Loại kế hoạch này bao gồm việc nói về, viết ra và chia sẻ về những điều quan trọng đối với quý vị. Điều này giúp người khác có quyết định chăm sóc sức khỏe cho quý vị nếu quý vị không thể tự quyết định. Trong trường hợp này, người gần gũi với quý vị cần quyết định cho quý vị. Người này được gọi là người chăm sóc sức khỏe, còn được gọi là người được ủy quyền thực tế, người thay thế hoặc người quyết định y tế hợp pháp.

Điều quan trọng là quý vị chuẩn bị cho người chăm sóc sức khỏe của mình bằng cách chia sẻ quý vị muốn họ có quyết định chăm sóc sức khỏe cho quý vị như thế nào.

Chỉ thị trước là gì?

Chỉ thị trước là một cách thức tự nguyện, hợp pháp để viết ra những quyết định lập kế hoạch chăm sóc trước của quý vị. Quý vị nên chia sẻ chỉ thị trước của mình với những người quan trọng đối với quý vị—như người chăm sóc sức khỏe và những người thân yêu của quý vị—và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị, phòng khám và bệnh viện. Chỉ thị trước nên được cập nhật thường xuyên. Tất cả những người trưởng thành từ 18 tuổi trở lên đều có thể lập chỉ thị trước.

Có hai loại chỉ thị trước tại tiểu bang Washington: 1) ủy quyền pháp lý lâu dài về chăm sóc sức khỏe và 2) chỉ thị chăm sóc sức khỏe.

Chỉ thị trước trong tập sách này là durable power of attorney for health care (DPOA-HC, ủy quyền pháp lý lâu dài về chăm sóc sức khỏe). DPOA-HC dựa trên luật pháp của tiểu bang Washington (chương 11.125 Revised Code of Washington (RCW, Đạo Luật Bang Washington Sửa Đổi)). Biểu mẫu pháp lý này cho phép quý vị chỉ định người chăm sóc sức khỏe của quý vị để có quyết định chăm sóc sức khỏe cho quý vị nếu quý vị không thể tự quyết định. Biểu mẫu này cũng giúp quý vị chuẩn bị cho người chăm sóc sức khỏe của quý vị bằng cách chia sẻ những mục tiêu, giá trị và ưu tiên của quý vị. Nghiên cứu cho thấy rằng cách tốt nhất để đảm bảo những mong muốn của quý vị được thực hiện là chỉ định và chuẩn bị cho người chăm sóc sức khỏe.

Chỉ thị trước trong tập sách này không phải là chỉ thị chăm sóc sức khỏe (chương 70.122 RCW). Chỉ thị chăm sóc sức khỏe cũng còn được gọi là di chúc. Quý vị cũng có thể cân nhắc thực hiện chỉ thị chăm sóc sức khỏe, là một chỉ thị hủy bỏ hoặc duy trì thủ thuật điều trị duy trì sự sống trong những tình huống cụ thể theo luật pháp tiểu bang Washington. Để biết thêm thông tin về chỉ thị chăm sóc sức khỏe, hãy truy cập trang: **www.HonoringChoicesPNW.org** hoặc trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị.

Người chăm sóc sức khỏe là gì?

Người chăm sóc sức khỏe là người mà quý vị chọn để có quyết định chăm sóc sức khỏe cho quý vị nếu quý vị không thể tự quyết định. Quý vị nên trao đổi với người chăm sóc sức khỏe của mình về những điều quan trọng đối với quý vị như những giá trị cá nhân và mục tiêu điều trị của quý vị. Thông tin này có thể hướng dẫn cho người chăm sóc sức khỏe và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị có quyết định tốt nhất có thể thay mặt quý vị nếu quý vị không thể tự quyết định. Khi hoàn tất chỉ thị trước này (durable power of attorney for health care), quý vị cho phép người này cùng với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị ra quyết định về việc chăm sóc cho quý vị. Người chăm sóc sức khỏe của quý vị sẽ không chịu trách nhiệm cá nhân về tài chính đối với việc chăm sóc mà họ chọn cho quý vị với tư cách là người chăm sóc sức khỏe của quý vị.

Điều gì làm nên một người chăm sóc sức khỏe tốt?

Người chăm sóc sức khỏe của quý vị NÊN:

- Hiểu rõ công việc của một người chăm sóc sức khỏe và sẵn sàng hoàn thành vai trò này.
- Chia sẻ mục tiêu, giá trị và ưu tiên của quý vị với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc của quý vị, mô tả ý nghĩa của "sống tốt" hoặc "ngày tốt đẹp" đối với quý vị.
- Thực hiện quyết định của quý vị cho dù họ không đồng ý với quyết định của quý vị.
- Có thể quyết định trong những giờ phút khó khăn hoặc căng thẳng.

Người chăm sóc sức khỏe của quý vị KHÔNG được:

- Dưới 18 tuổi.
- Bác sĩ hoặc nhân viên của bác sĩ quý vị (trừ khi họ là vợ/chồng, bạn tình có đăng ký tiểu bang, cha/mẹ, con trưởng thành hoặc anh chị em trưởng thành của quý vị).
- Chủ sở hữu, quản trị viên hoặc nhân viên của một cơ sở chăm sóc sức khỏe hoặc cơs ở chăm sóc lâu dài mà quý vị nhận dịch vụ chăm sóc hoặc lưu trú (trừ khi họ là vợ/chồng, bạn tình có đăng ký tiểu bang, cha/mẹ, con trưởng thành hoặc anh chị em trưởng thành của quý vị).

Người chăm sóc sức khỏe có thể làm gì?

Nếu quý vị không thể tự quyết định về việc chăm sóc sức khỏe của mình, người chăm sóc sức khỏe của quý vị sẽ được yêu cầu quyết định cho quý vị. Người chăm sóc sức khỏe của quý vị có thể sử dụng thông tin mà quý vị chia sẻ trong chỉ thị trước này và trong các cuộc trao đổi để hướng dẫn chăm sóc cho quý vị.

Tuân theo luật pháp tiểu bang và vận dụng sự hiểu biết của họ về mục tiêu, giá trị và ưu tiên của quý vị, người chăm sóc sức khỏe của quý vị có thể:

- Quyết định các thủ thuật điều trị và phẫu thuật, bao gồm có hay không sử dụng phục hồi tim phổi (CPR), máy thở, ống truyền dịch và các thủ thuật điều trị khác.
- Quyết định có hay không kết thúc điều trị hỗ trợ sự sống và tập trung vào việc chăm sóc an ủi.
- Xem xét và cấp hồ sơ y tế chăm sóc của quý vị và/hoặc nộp đơn xin quyền lợi bảo hiểm chăm sóc sức khỏe thay mặt quý vị.
- Chọn nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe và các tổ chức để cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho quý vị.

CPR là gì?

Phục hồi tim phổi hay CPR là một thủ thuật được sử dụng khi quý vị ngưng tim và ngưng thở. CPR hoạt động tốt nhất nếu cơ thể của quý vị khỏe mạnh và CPR được thực hiện ngay sau khi tim của quý vị ngừng đập. CPR ít có khả năng thành công nếu quý vị bị yếu, lớn tuổi hoặc mắc một căn bệnh nghiêm trọng.

Nếu quý vị sống sót, quý vị có thể cần máy thở vì phổi bị yếu. Điều quan trọng là trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị về việc liệu CPR có đáp ứng mục tiêu của quý vị không.

Dịch vụ chăm sóc tiêu chuẩn tại tiểu bang Washington là cung cấp CPR cho bệnh nhân nếu họ ngưng tim và ngưng thở. Việc chia sẻ những nguyện vọng sử dụng CPR trong mẫu DPOA-HC này có thể hướng dẫn "tình trạng mã" nếu quý vị nhập viện. Tình trạng mã nghĩa là loại điều trị khẩn cấp mà một người sẽ hoặc sẽ không nhận được trong bệnh viện nếu họ ngưng tim hoặc ngưng thở.

Một số người chọn không thực hiện CPR trong bệnh viện cũng không muốn thực hiện CPR trong các môi trường khác. Trong trường hợp này, quý vị nên hỏi nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình về việc thực hiện Portable Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST, Lệnh Linh động về Điều trị Duy trì Sự sống). POLST là lệnh y khoa truyền đạt quyết định chăm sóc sức khỏe cho nhóm phản ứng cấp cứu và các chuyên gia y tế khác.

Hỗ trợ sự sống là gì?

Thủ thuật điều trị hỗ trợ sự sống (hay còn gọi là duy trì sự sống) là những thủ thuật điều trị y tế giúp quý vị còn sống bằng cách hỗ trợ hoặc thay thế các chức năng cơ thể quan trọng. Những thủ thuật điều trị này không chữa lành các tình trạng bệnh lý. Chúng duy trì sự sống cho quý vị cho đến khi quý vị trở nên khỏe hơn hoặc quý vị được hủy bỏ hỗ trợ sự sống và được phép chết một cách tự nhiên. Một số ví dụ về điều trị hỗ trợ sự sống là CPR, máy thở, ống truyền dịch, truyền máu và chạy thận. Điều quan trọng cần biết là việc xoa dịu nỗi đau và tạo sự thoải mái, an ủi là một phần trong việc chăm sóc thông thường và không được xem là điều trị hỗ trợ sự sống.

Điều gì xảy ra nếu tôi không chỉ định một người chăm sóc sức khỏe?

Nếu quý vị không thể tự quyết định về việc chăm sóc sức khỏe của mình và không chỉ định một người chăm sóc sức khỏe, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị sẽ thực hiện theo luật pháp tiểu bang Washington để xác định người có thể hành động là người quyết định y tế của quý vị. Điều này có nghĩa là họ sẽ đề nghị các thành viên trong gia đình hoặc bạn bè ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho quý vị. Nếu không thể xác định được gia đình hoặc bạn bè từ danh sách dưới đây, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe có thể đề nghị tòa án chỉ định một người giám hộ để có quyết định chăm sóc sức khỏe thay mặt quý vị.

Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe sẽ liên hệ với mọi người theo thứ tự sau đây cho đến khi họ có thể xác định một người quyết định y tế cho quý vị (chương 7.70.065 RCW).

1. Người giám hộ do tòa án chỉ định (nếu có thể)
2. (Những) người chăm sóc sức khỏe được chỉ định*
3. Vợ/chồng hoặc bạn tình có đăng ký
4. Con trưởng thành*
5. Cha/mẹ*
6. Anh chị em trưởng thành*
7. Cháu trưởng thành biết rõ bệnh nhân*
8. Cháu trai và cháu gái trưởng thành biết rõ bệnh nhân*
9. Cô/dì và chú/bác trưởng thành biết rõ bệnh nhân*
10. Một người bạn thân trưởng thành đáp ứng một số tiêu chí

** Đối với bất cứ nhóm nào có nhiều người, mỗi người trong nhóm phải đồng ý chăm sóc.*

tiếp theo >

Một số tình huống nào có thể áp dụng?

Chỉ định vợ/chồng của quý vị làm người chăm sóc sức khỏe

Nếu quý vị chọn vợ/chồng hoặc bạn tình có đăng ký của mình làm người chăm sóc sức khỏe trong biểu mẫu này, họ sẽ không còn là người chăm sóc sức khỏe được chỉ định của quý vị nếu một trong hai người quý vị nộp đơn xin hủy hôn, bãi hôn hoặc ly thân hợp pháp (chương 11.125.100 RCW). Tuy nhiên, biểu mẫu này cho phép quý vị chọn tiếp tục chỉ định họ làm người chăm sóc sức khỏe của mình, thậm chí sau khi ly hôn.

Nếu trường hợp này áp dụng với quý vị, hãy ký tắt kế bên nội dung này ở Trang 2 trong biểu mẫu này: "Nếu tôi chỉ định vợ/chồng hoặc bạn tình có đăng ký của tôi làm người chăm sóc sức khỏe cho tôi và sau đó chúng tôi nộp đơn xin hủy hôn, bãi hôn hoặc ly thân hợp pháp; tôi muốn họ tiếp tục làm người chăm sóc sức khỏe của tôi."

Không chỉ định người chăm sóc sức khỏe trong biểu mẫu này

Mặc dù mục tiêu chính của biểu mẫu này là chỉ định một người chăm sóc sức khỏe, quý vị có lựa chọn không chỉ định. Nếu không chỉ định một người chăm sóc sức khỏe, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe sẽ thực hiện theo luật pháp tiểu bang Washington để xác định người có thể hành động là người quyết định y tế của quý vị (chương 7.70.065 RCW).

Khi quý vị hoàn tất các phần khác trong biểu mẫu này, điều đó sẽ được xem là nội dung trình bày giá trị cá nhân và không phải là chỉ thị trước. Nội dung trình bày giá trị cá nhân là phần tóm tắt những mục tiêu, giá trị và ưu tiên của quý vị. Thông tin này có thể hướng dẫn người quyết định y tế của quý vị về cách ra quyết định thay mặt quý vị.

Nếu trường hợp này áp dụng với quý vị, hãy ký tắt kế bên nội dung này ở Trang 2 trong biểu mẫu này: "Tôi không chỉ định người chăm sóc sức khỏe. Khi chia sẻ mục tiêu và giá trị của tôi trong biểu mẫu này, điều đó sẽ được xem là nội dung trình bày giá trị cá nhân và không phải là chỉ thị trước."

Trong trường hợp này, quý vị cũng có thể cân nhắc thực hiện chỉ thị chăm sóc sức khỏe, cũng được biết là di chúc, là một chỉ thị hủy bỏ hoặc duy trì thủ thuật điều trị duy trì sự sống trong những tình huống cụ thể theo luật pháp tiểu bang Washington. Để biết thêm thông tin, truy cập trang **www.HonoringChoicesPNW.org** hoặc trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị.

Tôi nên làm gì với chỉ thị trước này?

Sau khi quý vị hoàn thành chỉ thị trước này, quý vị nên trao đổi những mong muốn của mình và cung cấp một bản cho những người quan trọng đối với quý vị—như người chăm sóc sức khỏe và những người thân yêu của quý vị—và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị, phòng khám và bệnh viện. Nếu điều này áp dụng, cũng cân nhắc chia sẻ một bản với viện dưỡng lão hoặc cơ sở sống được hỗ trợ của quý vị. Điều quan trọng là mọi người đều có một bản.

Điều gì xảy ra nếu tôi đổi ý?

Nếu quý vị đổi ý về những quyết định trong chỉ thị trước của mình, hãy thông báo cho những người có một bản giấy, bao gồm người chăm sóc sức khỏe, người thân yêu, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị, phòng khám và bệnh viện. Quý vị có thể hủy bỏ hoặc vô hiệu chỉ thị trước của mình vào bất cứ lúc nào. Quý vị sẽ cần thông báo cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình biết rằng quý vị muốn hủy bỏ bằng cách viết thư cho họ (hãy nhớ ký tên và đề ngày) hoặc bằng cách thông báo miệng với họ. Điều quan trọng là hoàn thành một bản chỉ thị trước mới. Hãy nhớ cung cấp một bản chỉ thị trước mới cho những người quan trọng đối với quý vị—như người chăm sóc sức khỏe và những người thân yêu của quý vị—và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị, phòng khám và bệnh viện.

Còn về việc hiến tạng và mô thì sao?

Nếu quý vị muốn hiến tạng, vui lòng thông báo cho người chăm sóc sức khỏe, gia đình và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị biết. Quý vị cũng có thể ghi chép những mong muốn hiến tạng, mô và mắt trên trang **www.registerme.org**.

Ai quyết định cách xử lý cơ thể của tôi sau khi tôi chết?

Biểu mẫu này không hướng dẫn việc xử lý thi hài của quý vị. Hãy cân nhắc hoàn thành biểu mẫu có hướng dẫn đặc biệt về cách xử lý cơ thể của quý vị sau khi quý vị chết phù hợp với luật pháp tiểu bang (chương 68.50.160 RCW).

Tôi có thể liên hệ với ai nếu tôi cần trợ giúp với việc lập kế hoạch chăm sóc trước?

Honoring Choices PNW luôn sẵn sàng hỗ trợ quý vị.
Truy cập trang **www.honoringchoicespnw.org/locations** hoặc liên hệ với chúng tôi tại địa chỉ **info@honoringchoicespnw.org** để được trợ giúp.

CHÚ Ý DÀNH CHO NHÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE
(**ATTENTION** HEALTH CARE PROVIDERS)

TÊN CỦA TÔI (MY NAME): _____

NGÀY SINH CỦA TÔI (MY DATE OF BIRTH): ____ / ____ / ____

NHÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE CỦA TÔI (MY HEALTH CARE PROVIDER): _____

SỐ ĐIỆN THOẠI VĂN PHÒNG CỦA NHÀ CUNG CẤP (PROVIDER OFFICE PHONE): ( )

XIN HÃY TRÂN TRỌNG NHỮNG ƯỚC NGUYỆN CỦA TÔI
(**PLEASE HONOR** MY WISHES)

NGƯỜI CHĂM SÓC SỨC KHỎE CỦA TÔI (được chỉ định trong DPOA-HC)
(**MY HEALTH CARE AGENT** (named on DPOA-HC)): _____

SỐ ĐIỆN THOẠI HAY DÙNG NHẤT (BEST PHONE): ( )

☐ CHỈ THỊ TRƯỚC CỦA TÔI ☐ POLST CÓ TẠI
(MY ☐ ADVANCE DIRECTIVE ☐ POLST CAN BE FOUND AT): _____

Kẹp và đem theo thẻ bỏ ví này để người khác biết rằng quý vị có một người chăm sóc sức khỏe.

CHỈ THỊ TRƯỚC: DURABLE POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE

ADVANCE DIRECTIVE: DURABLE POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE

Chỉ thị trước này, durable power of attorney for health care (ủy quyền pháp lý lâu dài về chăm sóc sức khỏe), cho phép quý vị chỉ định và chuẩn bị cho người chăm sóc sức khỏe của quý vị.

Biểu mẫu này đáp ứng các yêu cầu của luật pháp tiểu bang Washington.

This advance directive, a durable power of attorney for health care, allows you to name and prepare your health care agent.
This form meets the requirements of Washington state law.

Thông Tin của Tôi:

My Information:

HỌ TÊN: ĐẠI TỪ (tùy chọn):

FULL NAME: PRONOUNS (OPTIONAL): *(ví dụ như anh ấy/cô ấy/họ)* *(i.e., he/she/they)*

NGÀY SINH: / /

DATE OF BIRTH: *(tháng/ngày/năm)* *(mm/dd/yyyy)*

CHỈ ĐỊNH NGƯỜI CHĂM SÓC SỨC KHỎE

NAMING A HEALTH CARE AGENT

Người mà tôi chỉ định làm người chăm sóc sức khỏe của tôi là:

The person I designate as my health care agent is:

HỌ TÊN: ĐẠI TỪ (tùy chọn):

FULL NAME: PRONOUNS (optional):

MỐI QUAN HỆ: SỐ ĐIỆN THOẠI HAY DÙNG NHẤT: ( ) SỐ ĐIỆN THOẠI KHÁC: ( )

RELATIONSHIP: BEST PHONE: ALTERNATE PHONE:

ĐỊA CHỈ, THÀNH PHỐ, TIỂU BANG, ZIP:

ADDRESS, CITY, STATE, ZIP:

Những người mà tôi chỉ định làm người chăm sóc sức khỏe của tôi là:

The people I designate as my alternate agents are:

Nếu người được liệt kê ở trên không thể hoặc không sẵn sàng có quyết định chăm sóc sức khỏe của tôi, thì tôi ấn định những người được liệt kê dưới đây làm người chăm sóc sức khỏe thay thế thứ nhất và thứ hai của tôi.

If the person listed above is unable or unwilling to make my health care decisions, then I designate the people listed below as my first and second alternate health care agents.

Người thay thế thứ nhất

First Alternate

HỌ TÊN: ĐẠI TỪ (tùy chọn):

FULL NAME: PRONOUNS (optional):

MỐI QUAN HỆ: SỐ ĐIỆN THOẠI HAY DÙNG NHẤT: ( ) SỐ ĐIỆN THOẠI KHÁC: ( )

RELATIONSHIP: BEST PHONE: ALTERNATE PHONE:

ĐỊA CHỈ, THÀNH PHỐ, TIỂU BANG, ZIP:

ADDRESS, CITY, STATE, ZIP:

Người thay thế thứ hai

Second Alternate

HỌ TÊN: ĐẠI TỪ (tùy chọn):

FULL NAME: PRONOUNS (OPTIONAL):

MỐI QUAN HỆ: SỐ ĐIỆN THOẠI HAY DÙNG NHẤT: ( ) SỐ ĐIỆN THOẠI KHÁC: ( )

RELATIONSHIP: BEST PHONE: ALTERNATE PHONE:

ĐỊA CHỈ, THÀNH PHỐ, TIỂU BANG, ZIP:

ADDRESS, CITY, STATE, ZIP:

CHỈ ĐỊNH NGƯỜI CHĂM SÓC SỨC KHỎE
NAMING A HEALTH CARE AGENT

Những tình huống có thể áp dụng:
Situations that may apply:

*Ký tắt kế bên những nội dung trình bày dưới đây áp dụng đối với quý vị. Quý vị có thể gạch ngang những nội dung trình bày không áp dụng đối với quý vị. Để biết thêm thông tin: hãy xem Tổng Quan Advance Care Planning (ACP, Lập kế hoạch chăm sóc trước), truy cập trang **www.HonoringChoicesPNW.org**, hoặc trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị.*

*Initial next to the statements below that apply to you. You may draw a line through statements that do not apply to you. For more information: see the ACP Overview, visit **www.HonoringChoicesPNW.org**, or talk with your health care provider.*

_____ Nếu tôi chỉ định vợ/chồng hoặc bạn tình có đăng ký của tôi làm người chăm sóc sức khỏe cho tôi và sau đó chúng tôi nộp đơn xin hủy hôn, bãi hôn hoặc ly thân hợp pháp; tôi muốn họ tiếp tục làm người chăm sóc sức khỏe của tôi.
If I name my spouse or registered domestic partner as my health care agent and we later file for a dissolution, annulment, or legal separation; I want them to continue as my health care agent.

_____ Tôi không chỉ định người chăm sóc sức khỏe. Khi chia sẻ mục tiêu và giá trị của tôi trong biểu mẫu này, điều đó sẽ được xem là nội dung trình bày giá trị cá nhân và không phải là chỉ thị trước.
I am not naming a health care agent. By sharing my goals and values in this form, it will be considered a personal values statement and not an advance directive.

CHUẨN BỊ CHO NGƯỜI CHĂM SÓC SỨC KHỎE
PREPARING A HEALTH CARE AGENT

Những điều gì quan trọng nhất đối với tôi?
What matters most to me?

Phần này giúp quý vị nghĩ về những điều quan trọng nhất đối với quý vị. Thông tin này có thể hướng dẫn những người quan trọng đối với quý vị—như người chăm sóc sức khỏe và những người thân yêu của quý vị—có quyết định về chăm sóc sức khỏe cho quý vị nếu quý vị không thể tự quyết định.

Cân nhắc chia sẻ:

This section helps you think about what matters most to you. This information can guide the people who matter to you — like your health care agent and loved ones — to make health care decisions for you if you cannot make them yourself.

Consider sharing:

- Quý vị thích làm gì về mặt tinh thần và thể chất?
  What do you love to do, mentally and physically?
- Mức độ quan trọng đối với quý vị để biết được quý vị là ai và người mà quý vị ở cùng là gì?
  How important is it for you to know who you are and who you are with?
- Mức độ quan trọng của việc giao tiếp với gia đình và bạn bè đối với quý vị là gì?
  How important is communicating with family and friends to you?
- "Sống khỏe" hoặc "ngày tốt đẹp" là như thế nào đối với quý vị?
  What does "living well" or "a good day" look like to you?
- Quý vị đánh giá cao điều gì nhất trong cuộc sống?
  What do you value most in your life?

Sau đây là những điều quan trọng nhất đối với tôi: *(Hãy nêu rõ. Thêm trang nếu cần.)*
The following is what matters most to me: *(Be specific. Add pages if needed.)*

TÊN: _____
NAME:
NGÀY SINH: ____ / ____ / ____
DATE OF BIRTH: *(tháng/ngày/năm)*
(mm/dd/yyyy)

CHUẨN BỊ CHO NGƯỜI CHĂM SÓC SỨC KHỎE
PREPARING A HEALTH CARE AGENT

Tín ngưỡng, ưu tiên và thói quen lệ thường của tôi là gì?
What are my beliefs, preferences, and practices?

Điều này có ý nghĩa đối với những người quan trọng đối với quý vị—như người chăm sóc sức khỏe và những người thân yêu của quý vị—và nhóm chăm sóc sức khỏe của quý vị biết về tín ngưỡng, ưu tiên và thói quen lệ thường của quý vị. Cân nhắc chia sẻ:
It is important for the people who matter to you—like your health care agent and loved ones—and your health care team to know about your beliefs, preferences, and practices. Consider sharing:

- Điều gì hỗ trợ, an ủi và tiếp thêm sức mạnh cho quý vị trong thời gian khó khăn?
  What provides you support, comfort, and strength during difficult times?
- Quý vị muốn hay không muốn những thủ thuật điều trị y tế nào (ví dụ như truyền máu, kiểm soát cơn đau, truyền dịch bằng ống)?
  What medical treatments would you want or not want (e.g., blood transfusion, pain management, artificial feeding)?
- Những quyết định về chăm sóc sức khỏe được thực hiện như thế nào trong cộng đồng, văn hóa hoặc gia đình của quý vị?
  How are health care decisions made in your community, culture, or family?

Tín ngưỡng, ưu tiên và thói quen lệ thường sau đây quan trọng đối với tôi: *(Hãy nêu rõ. Thêm trang nếu cần.)*
The following beliefs, preferences, and practices are important to me: *(Be specific. Add pages if needed.)*

Tôi muốn được liên hệ với (những) người sau đây để hỗ trợ cho tín ngưỡng, ưu tiên và thói quen lệ thường của tôi: *(Họ không có quyền hạn ra quyết định về chăm sóc sức khỏe.)*
I would want the following person(s) contacted to support my beliefs, preferences, and practices: *(They will not have power to make health care decisions.)*

TÊN: _____
NAME:

VAI TRÒ: _____
ROLE:

ĐIỆN THOẠI: ( )
PHONE:

TỔ CHỨC: _____
ORGANIZATION:

TÊN: _____
NAME:

NGÀY SINH: / /
DATE OF BIRTH: *(tháng/ngày/năm)*
(mm/dd/yyyy)

CHUẨN BỊ CHO NGƯỜI CHĂM SÓC SỨC KHỎE
PREPARING A HEALTH CARE AGENT

Khi trả lời những câu hỏi sau đây, tôi chia sẻ những ưu tiên chăm sóc sức khỏe của mình. Nếu tôi không thể tự quyết định về việc chăm sóc sức khỏe, tôi muốn người chăm sóc sức khỏe của tôi sử dụng thông tin này để hướng dẫn cho quyết định của họ. Tôi hiểu rằng thông tin này có thể hướng dẫn về việc chăm sóc của tôi, nhưng có khả năng không thể thực hiện chính xác ước nguyện của tôi trong từng tình huống.
In answering the following questions, I am sharing my health care preferences. If I cannot make health care decisions for myself, I want my health care agent to use this information to guide their decisions. I understand that this information can guide my care, but it might not be possible to follow my wishes exactly in every situation.

CPR: Những mong muốn của tôi là gì?
CPR: What are my wishes?

Dịch vụ chăm sóc tiêu chuẩn tại tiểu bang Washington là cung cấp hồi sức tim phổi (CPR) cho những người ngưng tim và ngưng thở. Phần này có thể hướng dẫn người chăm sóc sức khỏe và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị về việc có thực hiện CPR không nếu quý vị được nhập viện và ngưng tim cũng như ngưng thở (còn được gọi là "trạng thái mã").
Standard care in Washington state is to provide cardiopulmonary resuscitation (CPR) to people if their heart and breathing stop. This section can guide your health care agent and health care providers on whether to perform CPR if you are hospitalized and your heart and breathing stop (also known as "code status").

Nếu tôi nhập viện và ngưng tim cũng như ngưng thở:
If I am hospitalized and my heart and breathing stop:

☒ Tôi muốn thực hiện CPR.
I want CPR attempted.

☐ Tôi muốn thực hiện CPR trừ khi sức khỏe của tôi có sự thay đổi và tôi có:
I want CPR attempted, unless there has been a change in my health, and I have:

- Khả năng sống mong manh phù hợp với mục tiêu và giá trị mà tôi đã nêu trong biểu mẫu này và/hoặc thảo luận với người chăm sóc sức khỏe của tôi; hoặc
  Little chance of living a life that aligns with the goals and values I have stated in this form and/or discussed with my health care agent; or
- Bệnh tật hoặc thương tổn không thể điều trị được và có khả năng tôi sẽ chết sớm; hoặc
  A disease or injury that cannot be cured, and I am likely to die soon; or
- Khả năng sống sót mong manh cho dù tim của tôi đập trở lại.
  Little chance of survival even if my heart is started again.

☐ Tôi không muốn thực hiện CPR. Tôi muốn được chết một cách tự nhiên. *(Trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị về hình thức POLST.)*
I do not want CPR attempted. I want to be allowed to die naturally. *(Talk to your health care provider about a POLST form.)*

Hỗ Trợ Sự Sống: Những mong muốn của tôi là gì?
Life Support: What are my wishes?

Câu trả lời của quý vị dưới đây nhằm mục đích hướng dẫn cho người chăm sóc sức khỏe của quý vị. Việc trả lời câu hỏi này không làm cho biểu mẫu này trở thành chỉ thị chăm sóc sức khỏe, là một chỉ thị hủy bỏ hoặc duy trì thủ thuật điều trị duy trì sự sống trong những tình huống cụ thể theo luật pháp tiểu bang Washington. Để biết thêm thông tin, truy cập trang www.HonoringChoicesPNW.org hoặc trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị.
Your response below is intended to guide your health care agent. Answering this question does not make this form a health care directive, which is a directive to withdraw or withhold life-sustaining treatment in specific situations under Washington state law. For more information, visit www.HonoringChoicesPNW.org or talk with your health care provider.

Nếu tôi mắc bệnh hoặc thương tổn đến nỗi có khả năng tôi chết sớm hoặc trong tình trạng hôn mê và không có khả năng hồi phục, tôi muốn người chăm sóc sức khỏe của tôi:
If I am so sick or injured that I am likely to die soon or am in a coma and unlikely to recover, I want my health care agent to:

☒ Sử dụng các thủ thuật điều trị hỗ trợ sự sống để duy trì sự sống cho tôi cho dù có ít cơ hội hồi phục. Tôi muốn tiếp tục duy trì sự sống.
Use all life-support treatments to keep me alive even if there is little chance of recovery. I want to stay on life support.

☐ Thử mọi thủ thuật điều trị hỗ trợ sự sống mà nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi cho rằng có thể giúp tôi hồi phục. Nếu việc điều trị không hiệu quả và ít có khả năng sống sót theo mục tiêu và giá trị của tôi, tôi không muốn duy trì hỗ trợ sự sống. Vào thời điểm đó, cho phép tôi chết một cách tự nhiên.
Try all life-support treatments that my health care providers think might help me recover. If the treatments do not work and there is little chance of living a life that aligns with my goals and values, I do not want to stay on life support. At that point, allow me to die naturally.

☐ Cho phép tôi chết một cách tự nhiên. Tôi không muốn được hỗ trợ sự sống. Nếu các thủ thuật hỗ trợ sự sống được bắt đầu, tôi muốn được ngưng lại.
Allow me to die naturally. I do not want to be on life support. If life-support treatments have been started, I want them to be stopped.

☐ Tôi muốn người chăm sóc sức khỏe của tôi quyết định cho tôi.
I want my health care agent to decide for me.

TÊN: _____
NAME:
NGÀY SINH: ____ / ____ / ____
DATE OF BIRTH: *(tháng/ngày/năm)*
(mm/dd/yyyy)

CHUẨN BỊ CHO NGƯỜI CHĂM SÓC SỨC KHỎE
PREPARING A HEALTH CARE AGENT

Chỉ Thị Bổ Sung
Additional Directions

Nếu tôi sắp chết và hệ thống chăm sóc, hỗ trợ y tế của tôi cùng những nguồn lực cho phép, ưu tiên của tôi là chết:
If I am dying and my medical care, support system, and resources allow, my preference would be to die:

- [x] Tại nhà của tôi hoặc nhà của một người thân yêu (có dịch vụ chăm sóc cuối đời nếu muốn).
  At my home or the home of a loved one (with hospice if desired).
- [ ] Trong một cơ sở y tế.
  In a medical facility.
- [ ] Tôi không có ưu tiên.
  I do not have a preference.
- [ ] Khác (vui lòng mô tả): _____
  Other (please describe):

Nếu tôi đang mang thai và không thể tự quyết định chăm sóc sức khỏe, tôi muốn người chăm sóc sức khỏe và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi cân nhắc những điều sau đây khi họ ra quyết định chăm sóc sức khỏe thay mặt cho tôi:
If I am pregnant and cannot make health care decisions for myself, I would like my health care agent and health care providers to take the following into consideration as they make health care decisions on my behalf:

Viết thêm bất cứ thông tin bổ sung nào mà quý vị muốn người chăm sóc sức khỏe, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị hoặc những người khác biết được về những mong muốn chăm sóc sức khỏe của quý vị. Vui lòng lưu ý rằng những mong muốn hiến tạng và kế hoạch cho thi hài của quý vị sẽ được ghi chép riêng.
Write any additional information you want your health care agent, health care providers, or others to know about your health care wishes. Please note that your wishes for organ donation and plans for your remains should be documented separately.

TÊN: _____
NAME:
NGÀY SINH: ____ / ____ / ____
DATE OF BIRTH: *(tháng/ngày/năm)*
(mm/dd/yyyy)

CHUẨN BỊ CHO NGƯỜI CHĂM SÓC SỨC KHỎE
AUTHORIZING A HEALTH CARE AGENT

Nội Dung Trình Bày về Quyền Hạn và Thẩm Quyền Chung của Người Chăm Sóc Sức Khỏe của Tôi: Tôi ủy quyền cho người chăm sóc sức khỏe của tôi đồng ý với các thủ thuật điều trị y tế khi tôi không thể tự quyết định. Tôi ủy quyền cho người chăm sóc sức khỏe của tôi thực hiện những ước nguyện của mình về việc điều trị hỗ trợ sự sống như CPR, máy thở, ống truyền dịch, truyền máu và chạy thận. Điều này bao gồm đồng ý bắt đầu, tiếp tục hoặc ngưng điều trị y tế.

Statement of General Authority and Powers of My Health Care Agent: I authorize my health care agent to give consent for medical treatments when I cannot make my own decisions. I authorize my health care agent to carry out my wishes regarding life-support treatments such as a CPR, breathing machines, feeding tubes, blood transfusions, and kidney dialysis. This includes consent to start, continue, or stop medical treatment.

Tôi chứng nhận sau đây: Tôi hiểu được tầm quan trọng và ý nghĩ của giấy ủy quyền pháp lý lâu dài về chăm sóc sức khỏe (DPOA-HC) này. Biểu mẫu này phản ánh những lựa chọn người chăm sóc sức khỏe của tôi và những mục tiêu, giá trị cùng những ưu tiên của tôi. Tôi tự nguyện điền biểu mẫu này. Tôi suy nghĩ thông suốt. Tôi hiểu rằng tôi có thể đổi ý vào bất cứ lúc nào. Tôi hiểu rằng tôi có thể hủy bỏ và thay thế biểu mẫu này vào bất cứ lúc nào. Tôi hủy bỏ bất cứ giấy ủy quyền pháp lý lâu dài về chăm sóc sức khỏe nào trước đây. Tôi muốn DPOA-HC này trở nên có hiệu lực nếu bác sĩ hoặc nhà tâm lý học có giấy phép xác định rằng tôi không có khả năng tự quyết định về việc chăm sóc sức khỏe của mình. Chỉ thị này sẽ tiếp tục trong thời gian tình trạng bất lực của tôi kéo dài.

I attest to the following: I understand the importance and meaning of this durable power of attorney for health care (DPOA-HC). This form reflects my health care agent choices and my goals, values, and preferences. I have filled out this form willingly. I am thinking clearly. I understand that I can change my mind at any time. I understand I can revoke and replace this form at any time. I revoke any prior durable power of attorney for health care. I want this DPOA-HC to become effective if a physician or licensed psychologist determines I do not have the capacity to make my own health care decisions. This directive will continue as long as my incapacity lasts.

CHỮ KÝ CỦA TÔI: _____ NGÀY: _____
MY SIGNATURE: DATE:

ĐỊA CHỈ, THÀNH PHỐ, TIỂU BANG, ZIP: _____
ADDRESS, CITY, STATE, ZIP:

Yêu Cầu Nhân Chứng hoặc Công Chứng Viên
Witnesses or Notary Requirement

Quý vị phải ký tên dưới sự chứng kiến của hai người hoặc được công nhận bởi một công chứng viên.
You must have your signature either witnessed by two people or acknowledged by a notary public.

LỰA CHỌN 1 – HAI NHÂN CHỨNG
OPTION 1 – TWO WITNESSES

Chứng Nhận của Nhân Chứng: Tôi tuyên bố rằng tôi đáp ứng các quy tắc làm nhân chứng.
Witness Attestation: I declare I meet the rules for being a witness.

NHÂN CHỨNG #1 CHỮ KÝ: _____ NGÀY: _____
WITNESS #1 SIGNATURE: DATE:
TÊN VIẾT CHỮ IN: _____
NAME PRINTED:

NHÂN CHỨNG #2 CHỮ KÝ: _____ NGÀY: _____
WITNESS #2 SIGNATURE: DATE:
TÊN VIẾT CHỮ IN: _____
NAME PRINTED:

LỰA CHỌN 2 – CÔNG CHỨNG VIÊN
OPTION 2 – NOTARY

STATE OF WASHINGTON)
TIỂU BANG WASHINGTON)
COUNTY OF)
QUẬN

This record was acknowledged before me on this _____ day of _____ ,
Hồ sơ này đã được công nhận trước sự có mặt của tôi vào ngày

by (name of individual): _____
bởi (tên của cá nhân):

Signature: _____ Title: _____ Exp: _____
Chữ ký: Chức danh: Hết hạn:

Quy Tắc dành cho Nhân Chứng:
Rules for Witnesses:

- Phải ít nhất 18 tuổi và có năng lực.
  Must be at least 18 years of age and competent.
- Không được có mối liên hệ với quý vị hoặc là người chăm sóc sức khỏe của quý vị theo huyết thống, hôn nhân hoặc chung sống có đăng ký ở tiểu bang.
  Cannot be related to you or your health care agent by blood, marriage, or state registered domestic partnership.
- Không được là nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà của quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc tại nhà của người trưởng thành trong gia đình hoặc cơ sở chăm sóc lâu dài mà quý vị hiện lưu trú.3
  Cannot be your home care provider or a care provider at an adult family home or long-term care facility where you live.
- Không được là người chăm sóc sức khỏe được chỉ định của quý vị.
  Cannot be your designated health care agent.

TÊN: _____
NAME:
NGÀY SINH: ____ / ____ / ____
DATE OF BIRTH: *(tháng/ngày/năm)*
(mm/dd/yyyy)