VIETNAMESE

Chỉ Thị Trước

(Advance Directive)

Chỉ thị trước là gì?

What is an advance directive?

Chỉ thị trước là văn bản pháp lý do quý vị hoàn thành để đảm bảo nhận được dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà quý vị muốn. Trong chỉ thị trước, quý vị có thể chọn người đưa ra quyết định về việc chăm sóc sức khỏe cho quý vị nếu quý vị không thể tự ra quyết định. Người này được gọi là người đại diện về chăm sóc sức khỏe của quý vị. Quý vị cũng có thể cung cấp thông tin về các biện pháp điều trị y tế và dịch vụ chăm sóc mà quý vị muốn và không muốn thực hiện nếu mắc bệnh rất nặng.

An advance directive is a legal document you complete to make sure you get the healthcare you want. In an advance directive, you can choose someone to make healthcare decisions for you, if you are ever unable to make them yourself. This person is called your healthcare agent. You also can give information about the medical treatments and other care you would and would not want if you became very sick.

Mọi người trưởng thành đều nên có chỉ thị trước. Chỉ thị trước đặc biệt quan trọng đối với người cao tuổi hoặc mắc các bệnh nghiêm trọng. Việc hoàn thành chỉ thị trước giúp quý vị biết rằng các giá trị và mục tiêu của mình sẽ được tôn trọng. Việc này cũng giúp người đại diện về chăm sóc sức khỏe của quý vị yên tâm khi biết quý vị muốn họ làm gì nếu họ cần đưa ra các quyết định về chăm sóc sức khỏe cho quý vị.

Every adult should have an advance directive. It is especially important for adults who are older or have serious illnesses. Completing an advance directive helps you know that your values and goals will be honored. It also gives your healthcare agent the peace of mind of knowing what you would want them to do if they need to make healthcare decisions for you.

Chỉ thị trước chỉ đề cập đến các quyết định về chăm sóc sức khỏe. Quý vị phải hoàn thành một tài liệu khác để ủy quyền cho người khác xử lý vấn đề tài chính hoặc tài sản của quý vị.

An advance directive only deals with healthcare decisions. You must complete a different document to give someone authority to handle your finances or property.

Tên
First Name

Họ
Last Name

Ngày Sinh
Date of Birth

MemorialCare™

MemorialCare™

Thông Tin và Hướng Dẫn

Information and Instructions

Tôi hoàn thành chỉ thị trước như thế nào?

How do I complete this advance directive?

Chúng tôi khuyến khích quý vị hoàn thành đầy đủ tài liệu này nhưng quý vị cũng có thể chỉ hoàn thành một phần. Quý vị chỉ cần gạch ngang bất kỳ phần nào quý vị không muốn điền. Quý vị nên hoàn thành tài liệu này cùng người đại diện về chăm sóc sức khỏe của quý vị (nếu quý vị chỉ định người đại diện) và người thân yêu của mình để họ hiểu rõ các lựa chọn ưu tiên của quý vị. Bác sĩ, y tá, nhân viên công tác xã hội, giáo sĩ hoặc chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác cũng có thể giúp quý vị.

We encourage you to complete the entire form, but it is okay if you only want to complete part of it. Just cross out any parts you do not want to fill out. It is a good idea to complete this form with your healthcare agent (if you choose to name one) and loved ones so they clearly understand your preferences. A doctor, nurse, social worker, chaplain, or other healthcare professional also can help you.

Trong PHẦN 1: Chọn Người Đưa Ra Quyết Định, quý vị chỉ định người đại diện về chăm sóc sức khỏe của mình. Đây là người quý vị ủy thác đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho quý vị nếu quý vị không thể tự đưa ra quyết định. Quý vị chọn một người đại diện về chăm sóc sức khỏe chính và tối đa hai người đại diện về chăm sóc sức khỏe thay thế (dự phòng).

In PART 1: Choosing A Decisionmaker, you name your healthcare agent. This is the person you trust to make your healthcare decisions for you if you are ever unable to make them yourself. You choose one primary healthcare agent and up to two alternate (backup) healthcare agents.

Quý vị nên trao đổi với người đại diện về chăm sóc sức khỏe của mình trước khi ghi tên họ vào tài liệu này. Đảm bảo họ sẵn sàng trợ giúp và xem họ có bất kỳ thắc mắc nào về các lựa chọn ưu tiên về chăm sóc sức khỏe của quý vị hay không. Chọn người đại diện về chăm sóc sức khỏe mà quý vị ủy thác làm người đưa ra quyết định cho mình là việc rất quan trọng. Họ sẽ là người ra quyết định cùng đội ngũ chăm sóc sức khỏe của quý vị trên cơ sở thông tin quý vị cung cấp trong phần còn lại của tài liệu. Nếu quý vị lo lắng người đại diện về chăm sóc sức khỏe sẽ không làm theo nguyện vọng của mình, quý vị nên cân nhắc chọn người khác.

It is a good idea to talk with your healthcare agent before you list them on this form. Make sure they are willing to help and see if they have any questions about your healthcare preferences. It is very important to choose a healthcare agent you trust as your decisionmaker. It will be up to them to make decisions with your healthcare team based on the information you provide in the rest of the form. If you are worried that your healthcare agent will not follow your wishes, you should consider choosing someone else.

Thông Tin và Hướng Dẫn [tiếp tục]

Information and Instructions [continued]

Người đại diện về chăm sóc sức khỏe phù hợp:

A good healthcare agent:

- ✓ **Từ 18 tuổi trở lên**
  Is 18 years old or older
- ✓ **Hiểu rõ quý vị**
  Knows you well
- ✓ **Biết quý vị coi trọng điều gì**
  Understands what's important to you
- ✓ **Đội ngũ chăm sóc y tế có thể liên hệ dễ dàng (trực tiếp, qua điện thoại, thông qua thông dịch viên, v.v.)**
  Is easy for the healthcare team to contact (in person, by phone, through an interpreter, etc.)
- ✓ **Đưa ra quyết định hợp lý cho dù có áp lực**
  Makes good decisions under pressure

Người đại diện về chăm sóc sức khỏe của quý vị không được:

Your healthcare agent cannot be:

- × **Dưới 18 tuổi**
  Under 18 years old
- × **Là bác sĩ, Y Tá Hành Nghề Chuyên Môn hoặc trợ lý bác sĩ của quý vị***
  Your doctor, nurse practitioner, or physician assistant*
- × **Là nhân viên làm việc tại bệnh viện nơi quý vị được chăm sóc***
  An employee of the hospital where you are receiving care*
- × **Là chủ sở hữu hoặc người điều hành cơ sở chăm sóc cộng đồng hoặc cơ sở chăm sóc lưu trú nơi quý vị được chăm sóc**
  The owner or operator of a community care facility or residential care facility where you receive care
- × **Là người đại diện về chăm sóc sức khỏe cho hơn 10 người khác**
  The healthcare agent for more than 10 other people

Trong PHẦN 2: Các Lựa Chọn Ưu Tiên về Chăm Sóc Sức Khỏe của Tôi, quý vị ghi ra các lựa chọn ưu tiên về chăm sóc sức khỏe của mình để người đại diện về chăm sóc sức khỏe của quý vị biết các lựa chọn mà quý vị muốn họ chọn. Trong đó bao gồm cả chất lượng cuộc sống có ý nghĩa đối với quý vị và những biện pháp điều trị y tế và dịch vụ chăm sóc khác mà quý vị muốn và không muốn.

In PART 2: My Healthcare Preferences, you write down your healthcare preferences, so your healthcare agent understands the choices you want them to make. This includes what a meaningful quality of life looks like for you and what medical treatments and other care you do and do not want.

Trong PHẦN 3: Ký Tên và Hoàn Thành Tài Liệu, quý vị ký tên vào bản chỉ thị trước trước sự chứng kiến của hai người làm chứng hoặc công chứng viên. Sau khi quý vị điền thông tin vào tài liệu này và làm theo hướng dẫn trong Phần 3, sẽ có một bản có giá trị pháp lý tại tiểu bang California. Phần 3 cũng cung cấp hướng dẫn về cách xử lý tài liệu này sau khi quý vị hoàn thành.**

In PART 3: Sign and Complete, you sign** the advance directive form either in front of two witnesses or a notary public. Once you fill out the form and follow the instructions in Part 3, this will be a legally binding form in the state of California. Part 3 also gives instructions for what to do with this form after it is completed.

PHẦN 4: Các Giá Trị của Tôi là phần tùy chọn để quý vị có thể cho đội ngũ chăm sóc sức khỏe và người thân của mình biết những điều quý vị coi trọng. Phần này bao gồm các lựa chọn ưu tiên của quý vị về vấn đề tâm linh, điều gì sẽ khiến quý vị dễ chịu hơn khi nằm viện trong thời gian dài và những điều quý vị muốn thực hiện trong những ngày cuối đời. Phần 4 sẽ cho người đại diện, đội ngũ chăm sóc sức khỏe và người thân của quý vị biết quý vị mong muốn nhận dịch vụ chăm sóc như thế nào.

PART 4: My Values is an optional section where you can tell your healthcare team and loved ones what else matters to you. This includes your preferences about spirituality, what would make a long hospital stay easier for you, and what you want to happen in your final days. Part 4 lets your agent, healthcare team and loved ones know what excellent care looks like for you.

* **Những hạn chế này sẽ không áp dụng nếu người này là thành viên trong gia đình hoặc đồng nghiệp của quý vị.**
These restrictions do not apply if this person is your family member or coworker.

** **Nếu không đủ sức khỏe thể chất để ký tên, quý vị có thể chọn một người trưởng thành khác ký tên theo chỉ đạo của quý vị và trước sự chứng kiến của quý vị.**
If you are physically unable to sign, you may select another adult to sign at your direction and in your presence.

PHẦN 1: Chọn Người Đưa Ra Quyết Định

PART 1: Choosing a Decisionmaker

Giấy Ủy Quyền Dài Hạn về Chăm Sóc Sức Khỏe

Durable Power of Attorney for Healthcare

Nếu tôi không thể đưa ra quyết định cho bản thân, người đại diện về chăm sóc sức khỏe của tôi có thể:
If I am unable to make decisions for myself, my healthcare agent will be able to:

- ***Quyết định những biện pháp điều trị y tế và thủ thuật tôi sẽ nhận hoặc không nhận, bao gồm cả hỗ trợ sự sống nhân tạo.***
  Decide which medical treatments and procedures I do or do not receive, including artificial life support.
- ***Chọn nhà cung cấp dịch vụ và cơ sở chăm sóc sức khỏe tham gia chăm sóc cho tôi.***
  Choose which healthcare providers and facilities are involved in my care.
- ***Xem hồ sơ y tế của tôi và nhận thông tin về tình trạng y tế hiện tại của tôi.***
  See my medical records and receive information about my current medical status.
- ***Thay mặt tôi làm việc với công ty bảo hiểm y tế hoặc chương trình chăm sóc sức khỏe khác.***
  Work with health insurance companies or other healthcare programs on my behalf.
- ***Chỉ thị việc xử lý thi hài của tôi sau khi tôi qua đời.***
  Direct the disposition of my remains after my death.

Tôi muốn người này là NGƯỜI ĐẠI DIỆN VỀ CHĂM SÓC SỨC KHỎE CHÍNH của tôi. Họ sẽ đưa ra các quyết định về chăm sóc sức khỏe cho tôi nếu tôi không thể tự mình ra quyết định:
I want this person to be my PRIMARY HEALTHCARE AGENT. They will make my healthcare decisions if I cannot make them for myself:

Tên
Name

Số Điện Thoại
Phone Number

Địa Chỉ
Address

Thành Phố
City

Tiểu Bang
State

Mã Bưu Chính
ZIP

Mối Quan Hệ
Relationship

Địa Chỉ Email
Email Address

Tôi muốn người này là NGƯỜI ĐẠI DIỆN VỀ CHĂM SÓC SỨC KHỎE THAY THẾ THỨ NHẤT của tôi. Họ sẽ đưa ra các quyết định về chăm sóc sức khỏe cho tôi nếu tôi không thể tự mình đưa ra quyết định và không liên hệ được với người đại diện về chăm sóc sức khỏe chính của tôi:
I want this person to be my FIRST ALTERNATE HEALTHCARE AGENT. They will make my healthcare decisions if I cannot make them for myself and my primary healthcare agent is unavailable:

Tên
Name

Số Điện Thoại
Phone Number

Địa Chỉ
Address

Thành Phố
City

Tiểu Bang
State

Mã Bưu Chính
ZIP

Mối Quan Hệ
Relationship

Địa Chỉ Email
Email Address

PHẦN 1: Chọn Người Đưa Ra Quyết Định [tiếp tục]

PART 1: Choosing a Decisionmaker [continued]

Tôi muốn người này là NGƯỜI ĐẠI DIỆN VỀ CHĂM SÓC SỨC KHỎE THAY THẾ THỨ HAI của tôi. Họ sẽ ra quyết định về chăm sóc sức khỏe cho tôi nếu tôi không thể tự mình ra quyết định và không liên hệ được với những người đại diện khác về chăm sóc sức khỏe của tôi:

I want this person to be my SECOND ALTERNATE HEALTHCARE AGENT. They will make my healthcare decisions if I cannot make them for myself and my other healthcare agents are unavailable:

Tên Name	Số Điện Thoại Phone Number

Địa Chỉ Address	Thành Phố City	Tiểu Bang State	Mã Bưu Chính ZIP

Mối Quan Hệ Relationship	Địa Chỉ Email Email Address

Tùy chọn

Optional

Nếu quý vị muốn người đại diện về chăm sóc sức khỏe của mình có thể ra quyết định cho quý vị ngay bây giờ, hãy đánh dấu vào ô dưới đây sau khi quý vị hoàn thành tài liệu này. Nếu không, họ sẽ chỉ có thể ra quyết định cho quý vị nếu quý vị không thể tự mình ra quyết định.

If you want your healthcare agent to be able to make decisions for you right now, after you complete this form, check the box below. Otherwise, they will only be able to make decisions for you if you are not able to make them yourself.

❑ ***Tôi muốn người đại diện về chăm sóc sức khỏe của tôi có thể đưa ra quyết định thay cho tôi ngay bây giờ. Tuy nhiên, tôi hiểu rằng tôi có thể thông báo cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình biết rằng tôi không còn muốn người đại diện về chăm sóc sức khỏe của tôi đưa ra quyết định cho tôi nữa tại bất kỳ thời điểm nào.***

I want my healthcare agent to be able to make decisions for me right now. However, I understand that I can tell my healthcare provider at any time that I no longer want my healthcare agent to make decisions for me.

Tùy chọn

Optional

Quý vị cũng có thể chọn mức độ linh hoạt cho phép người đại diện về chăm sóc sức khỏe của quý vị thực hiện các mong muốn y tế của quý vị. (Đánh dấu một lựa chọn):

You also can choose how much flexibility to give your healthcare agent in carrying out your medical wishes. (Check one):

❑ ***Người đại diện về chăm sóc sức khỏe của tôi phải làm theo đúng chỉ dẫn của tôi như đã ghi trong chỉ thị trước này, ngay cả khi điều đó khiến họ không thoải mái.***

My healthcare agent should follow my instructions exactly as I have written them in this advance directive, even if it makes them uncomfortable.

❑ ***Người đại diện về chăm sóc sức khỏe của tôi có thể thay đổi quyết định y tế của tôi nếu họ cho rằng điều đó có lợi nhất cho tôi. Nếu có các quyết định cụ thể mà tôi tuyệt đối không muốn thay đổi, tôi đã ghi lại những quyết định đó ở bên dưới.***

My healthcare agent can change my medical decisions if they think it would be best for me. If I have certain decisions I never want changed, I have written them below.

PHẦN 2: Các Lựa Chọn Ưu Tiên về Chăm Sóc Sức Khỏe của Tôi

PART 2: My Healthcare Preferences

Di Chúc Khi Còn Sống/Chỉ Thị về Chăm Sóc Sức Khỏe

Living Will/Healthcare Directive

Hỗ Trợ Sự Sống Nhân Tạo

Artificial Life Support

Nếu quý vị mắc bệnh nặng, bác sĩ của quý vị có thể đề xuất hỗ trợ sự sống nhân tạo. Trong đó bao gồm các biện pháp điều trị như máy hỗ trợ hô hấp nhân tạo (máy thở), dinh dưỡng nhân tạo (ống nuôi ăn) và các loại thuốc men hoặc máy móc, thiết bị khác giúp quý vị duy trì sự sống qua thời điểm mà nếu không được hỗ trợ nhân tạo, quý vị có thể đã qua đời. Hỗ trợ sự sống nhân tạo giúp các biện pháp điều trị khác có thời gian phát huy hiệu quả nhưng không giúp quý vị khỏe lên.

If you are seriously ill, your doctors may offer artificial life support. This includes treatments like a ventilator (breathing machine), artificial nutrition (feeding tube), and other medications or machines that keep you alive past the point when you would have died naturally. Artificial life support gives other treatments time to work but does not help you get better by itself.

Nếu bệnh của tôi quá nặng đến mức cần hỗ trợ sự sống nhân tạo để duy trì sự sống (Đánh dấu MỘT lựa chọn):

If I am so sick that I need artificial life support to keep me alive (Check ONE):

- ❑ ***Tôi muốn nhận hỗ trợ sự sống nhân tạo trong thời gian lâu nhất có thể, ngay cả khi có rất ít hoặc không có cơ hội để tôi phục hồi sự sống có ý nghĩa với tôi.***

  I want to receive artificial life support for as long as possible, even if there is little or no chance of recovering to live a life that is meaningful for me.

- ❑ ***Tôi muốn nhận hỗ trợ sự sống nhân tạo nếu tôi có cơ hội thuận lợi phục hồi sự sống có ý nghĩa với tôi. Nhưng nếu bác sĩ của tôi cho rằng tôi sẽ không hồi phục thì tôi muốn dừng hỗ trợ sự sống, tập trung vào việc tạo cảm giác thoải mái và được qua đời tự nhiên.***

  I want to receive artificial life support if there is a good chance of recovering to live a life that is meaningful for me. But, if my doctors do not think I will recover, I want to stop life support, focus on being comfortable, and be allowed to die a natural death.

- ❑ ***Tôi tuyệt đối không muốn hỗ trợ sự sống nhân tạo. Nếu bệnh của tôi quá nặng đến mức cần hỗ trợ sự sống nhân tạo để duy trì sự sống thì tôi muốn tập trung vào việc tạo cảm giác thoải mái và được qua đời tự nhiên.***

  I never want artificial life support. If I become so sick that I need life support to keep me alive, I want to focus on being comfortable and be allowed to die a natural death.

- ❑ ***Tôi muốn để người đại diện về chăm sóc sức khỏe và đội ngũ chăm sóc sức khỏe của mình đưa ra quyết định.***

  I want to leave it up to my healthcare agent and my treatment team.

Đây là những hướng dẫn cụ thể khác về việc chăm sóc sức khỏe của tôi (ví dụ: nếu có các biện pháp điều trị cụ thể mà tôi tuyệt đối không muốn thực hiện hoặc một số tình huống nhất định mà tôi tuyệt đối không muốn hỗ trợ sự sống nhân tạo):

These are other specific instructions regarding my healthcare (for example, if there are specific treatments I would never want, or certain situations when I would never want artificial life support):

PHẦN 2: Các Lựa Chọn Ưu Tiên về Chăm Sóc Sức Khỏe của Tôi [tiếp tục]

PART 2: My Healthcare Preferences [continued]

Chất Lượng Cuộc Sống

Quality of Life

Điều quan trọng là (những) người đại diện về chăm sóc sức khỏe của quý vị và đội ngũ chăm sóc sức khỏe của quý vị biết điều gì khiến cuộc sống có ý nghĩa đối với quý vị. Trên cơ sở thông tin này, họ có thể đảm bảo phương án điều trị của quý vị đạt được các mục tiêu mà quý vị mong muốn.

It is important for your healthcare agent(s) and your healthcare team to know what makes life meaningful for you. With this information, they can make sure your treatment plan meets your goals.

Đối với tôi, cuộc sống chỉ có ý nghĩa nếu tôi có thể (Đánh dấu tất cả các lựa chọn phù hợp):

For me, my life is only meaningful if I can (Check all that apply):

- ❑ ***Sống mà không cần vĩnh viễn phụ thuộc vào máy móc***
  Live without being permanently hooked up to a machine
- ❑ ***Nhận ra gia đình và bạn bè***
  Recognize family and friends
- ❑ ***Giao tiếp với gia đình và bạn bè***
  Communicate with family and friends
- ❑ ***Sống mà không đau đớn hay khó chịu dữ dội***
  Live without severe pain or discomfort
- ❑ ***Ra khỏi giường***
  Get out of bed
- ❑ ***Đủ sức để đi ra ngoài (đi bộ, sử dụng xe lăn, v.v.)***
  Move well enough to leave my home (walk, use a wheelchair, etc.)
- ❑ ***Ăn những món yêu thích***
  Eat my favorite food
- ❑ ***Tự tắm rửa và chăm sóc bản thân***
  Bathe and take care of myself
- ❑ ***Đủ tỉnh táo để nhận biết mọi thứ đang diễn ra xung quanh***
  Think clearly enough to know what is going on around me
- ❑ ***Sống ở nhà riêng***
  Live in my own home
- ❑ ***Làm những việc yêu thích:*** _____
  Do my favorite hobby:

HOẶC (OR)

- ❑ ***Không có lựa chọn nào trên đây. Cuộc đời tôi luôn đáng sống, cho dù tôi mắc bệnh như thế nào đi nữa.***
  None of the above. My life is always worth living no matter how sick I am.

HOẶC (OR)

- ❑ ***Tôi không chắc.***
  I am not sure.

Những điều này cũng rất quan trọng để cuộc sống của tôi có ý nghĩa:

These things also are very important for me in living a meaningful life:

PHẦN 3: Ký Tên và Hoàn Thành

PART 3: Sign and Complete

Đọc kỹ toàn bộ phần này trước khi ký tên.

Read this entire section carefully before signing.

Ở California, có hai cách để tài liệu này có giá trị pháp lý. Quý vị chỉ cần chọn MỘT trong những tùy chọn dưới đây.

In California, there are two ways to make this form legal. You only need to choose ONE of the options below.

TÙY CHỌN 1

OPTION 1

Ký tên* trước sự chứng kiến của hai người làm chứng và sau đó yêu cầu người làm chứng ký tên vào tài liệu. Khi người làm chứng ký tên vào tài liệu, nghĩa là họ cam kết chính quý vị là người đã ký tên vào bản chỉ thị trước này và không có ai ép buộc quý vị ký tên.

Sign* in front of two witnesses, and then have your witnesses sign the form. When your witnesses sign the form, they are promising that it is really you that is signing this advance directive and that nobody is forcing you to sign.

Người làm chứng của quý vị phải từ 18 tuổi trở lên.
Your witnesses must be at least 18 years old.

Người làm chứng của quý vị không được là:
Your witnesses must not be:

- ***Người đại diện về chăm sóc sức khỏe hoặc người đại diện thay thế được chỉ định trong tài liệu này***
  A healthcare agent or alternate agent designated in this form
- ***Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị***
  Your healthcare provider
- ***Bất kỳ người nào sở hữu, điều hành hoặc làm việc tại cơ sở được cấp phép nơi quý vị sinh sống hoặc được chăm sóc sức khỏe***
  Anyone who owns, operates, or works at a licensed facility where you live or receive healthcare

Chỉ một trong số những người làm chứng của quý vị được phép có quan hệ họ hàng với quý vị hoặc có tên trong di chúc của quý vị.
Only one of your witnesses may be related to you or be included in your will.

Nếu bạn sử dụng nhân chứng, hãy ký vào mẫu đơn và yêu cầu nhân chứng ký.

If you are using witnesses, sign the form and have your witnesses sign.

TÙY CHỌN 2

OPTION 2

Ký tên trước mặt công chứng viên. Để công chứng tài liệu này, bạn cần xuất trình giấy tờ tùy thân có ảnh do chính phủ cấp còn hiệu lực (chẳng hạn như bằng lái xe hoặc hộ chiếu). Nếu bạn sử dụng dịch vụ công chứng, hãy ký tên vào tài liệu và để công chứng viên hoàn tất phần xác nhận.

Sign* in front of a notary public. To have this form notarized, you will need current, government-issued photo identification (like a driver's license or passport). If you are using a notary, sign the form and have the notary complete the acknowledgment.

* **Nếu không đủ sức khỏe thể chất để ký tên, quý vị có thể nhờ một người trưởng thành khác ký tên thay cho quý vị và trước sự chứng kiến của quý vị.**
If you are unable to physically sign, you may have another adult sign in your presence and on your behalf.

PHẦN 3: Ký Tên và Hoàn Thành [tiếp tục]

PART 3: Sign and Complete [continued]

CHỜ đến khi quý vị ở cùng hai người làm chứng hoặc công chứng viên rồi ký tên dưới đây.

WAIT until you are with your two witnesses or a notary, then sign below.

CHỮ KÝ CỦA QUÝ VỊ

YOUR SIGNATURE

Chữ ký
Signature

Ngày
Date

Tên (Viết In Hoa)
Name (Printed)

Số Điện Thoại
Phone Number

Địa Chỉ
Address

Thành Phố
City

Tiểu Bang
State

Mã Bưu Chính
ZIP

TÙY CHỌN 1 – Người làm chứng

OPTION 1 – Witnesses

Nếu quý vị là người làm chứng trong tài liệu này, hãy đọc tuyên bố sau đây. Nếu quý vị đồng ý với tuyên bố này, hãy ký tên bên dưới. TUYÊN BỐ CỦA NGƯỜI LÀM CHỨNG: Chấp nhận sẽ bị phạt nếu khai man theo luật pháp California, tôi tuyên bố

If you are witnessing this document, read the following statement. If you agree with the statement, sign below. STATEMENT OF WITNESSES: I declare under penalty of perjury under the laws of California that

(1) Người đã ký tên/xác nhận trong bản chỉ thị trước này là người mà tôi biết hoặc đã chứng minh danh tính của họ thông qua bằng chứng thuyết phục;

The individual who signed/acknowledged this advance directive is personally known to me or that their identity was proven to me by convincing evidence;

(2) Người đó đã ký tên hoặc xác nhận trong bản chỉ thị trước này trước sự chứng kiến của tôi;

The individual signed or acknowledged this advance directive in my presence;

(3) Người đó có tâm trí tỉnh táo và không bị cưỡng ép, lừa đảo hay chịu ảnh hưởng không thích hợp;

The individual appears to be of sound mind and under no duress, fraud, or undue influence;

(4) Tôi không phải là người được chỉ định làm người đại diện theo chỉ thị trước này; và

I am not a person appointed as agent by this advance directive; and

(5) Tôi không phải là nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của người đó, nhân viên của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho người đó, 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 lưu trú dành cho người cao tuổi hoặc nhân viên của nhà điều hành cơ sở chăm sóc lưu trú dành cho người cao tuổi.

I am not the individual's health care provider, an employee of the individual's health care provider, the operator of a community care facility, an employee of an operator of a community care facility, the operator of a residential care facility for the elderly, nor an employee of an operator of a residential care facility for the elderly.

PHẦN 3: Ký Tên và Hoàn Thành [tiếp tục]

PART 3: Sign and Complete [continued]

Người Làm Chứng Thứ Nhất:
First Witness:

Chữ Ký
Signature

Ngày
Date

Tên (Viết In Hoa)
Name (Printed)

Số Điện Thoại
Phone Number

Địa Chỉ
Address

Thành Phố
City

Tiểu Bang
State

Mã Bưu Chính
ZIP

Người Làm Chứng Thứ Hai:
Second Witness:

Chữ Ký
Signature

Ngày
Date

Tên (Viết In Hoa)
Name (Printed)

Số Điện Thoại
Phone Number

Địa Chỉ
Address

Thành Phố
City

Tiểu Bang
State

Mã Bưu Chính
ZIP

Một trong hai người làm chứng cũng phải đọc kỹ tuyên bố sau và ký tên dưới đây:
One of the two witnesses also must read the following statement carefully and sign below:

TUYÊN BỐ THÊM CỦA MỘT NGƯỜI LÀM CHỨNG:
ADDITIONAL STATEMENT OF ONE WITNESS:

Chấp nhận sẽ bị phạt nếu khai man theo luật pháp California, tôi tuyên bố rằng tôi không có quan hệ họ hàng với người thực hiện bản chỉ thị trước này theo huyết thống, hôn nhân hoặc nhận nuôi và theo tất cả những điều tôi biết, tôi không có quyền hưởng bất kỳ phần nào trong di sản của cá nhân đó khi họ qua đời theo di chúc hiện có hoặc theo quy định của pháp luật.

I further declare under penalty of perjury under the laws of California that I am not related to the individual executing this advance directive by blood, marriage, or adoption, and to the best of my knowledge, I am not entitled to any part of the individual's estate upon his or her death under a will now existing or by operation of law.

Chữ ký
Signature

OPTION 2 - Notarization

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.

STATE OF CALIFORNIA

County of _____

On _____ before me _____,

personally appeared _____,

who proved to me on the basis of satisfactory evidence to be the person(s) whose name(s) is/are subscribed to the within instrument and acknowledged to me that he/she/they executed the same in his/her/their authorized capacity(ies), and that by his/her/their signature(s) on the instrument the person(s), or the entity upon behalf of which the person(s) acted, executed the instrument.

I certify 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.

Notary Public Seal | Notary Public Signature

TÙY CHỌN 2 – Công chứng
OPTION 2 - Notarization

Công chứng viên hoặc cán bộ khác hoàn thành phần chứng nhận này chỉ xác nhận danh tính của người đã ký tên vào tài liệu đính kèm chứng nhận này nhưng không xác nhận tính đúng đắn, chính xác hoặc hợp lệ của tài liệu đó.

Tiểu Bang California

Quận

Vào ngày trước mặt tôi , người đã trực tiếp có mặt là

, đã chứng minh với tôi trên cơ sở bằng chứng thỏa đáng, là (những) người có tên ghi trên tài liệu đính kèm và đã xác nhận với tôi rằng họ đã ký tên vào tài liệu này có (các) năng lực được ủy quyền và với (các) chữ ký của họ trên tài liệu này, (những) người đó hoặc tổ chức mà (những) người đó thay mặt hành động, đã ký tên vào tài liệu này.

CHẤP NHẬN BỊ PHẠT NẾU KHAI MAN theo luật pháp của Tiêu Bang California, tôi xác nhận rằng đoạn văn bản trên đây là đúng và chính xác.

TÔI CHỨNG NHẬN bằng chữ ký và con dấu chính thức của tôi.

Chỉ nhằm mục đích cung cấp thông tin

Chữ Ký của Công Chứng Viên | Con Dấu của Công Chứng Viên

PHẦN 3: Ký Tên và Hoàn Thành [tiếp tục]

PART 3: Sign and Complete [continued]

Yêu Cầu Bổ Sung Chỉ dành cho Bệnh Nhân Nội Trú tại Cơ Sở Điều Dưỡng Chuyên Môn

Additional Requirement Only for Residents of Skilled Nursing Facilities

Tuyên bố sau đây chỉ cần thiết nếu quý vị là bệnh nhân tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn—đây là cơ sở chăm sóc sức khỏe cung cấp các dịch vụ cơ bản sau: dịch vụ điều dưỡng chuyên môn và dịch vụ chăm sóc hỗ trợ cho các bệnh nhân có nhu cầu chính là có sẵn dịch vụ chăm sóc điều dưỡng chuyên môn trên cơ sở mở rộng. Nếu quý vị hoàn thành tài liệu này ở một địa điểm khác, như bệnh viện, phòng khám của bác sĩ hoặc tại nhà thì mục này không bắt buộc. Luật sư hoặc thanh tra viên của bệnh nhân phải ký tên vào tuyên bố sau:

The following statement is required only if you are a patient in a skilled nursing facility—a health care facility that provides the following basic services: skilled nursing care and supportive care to patients whose primary need is for availability of skilled nursing care on an extended basis. If you are completing this form in another location, like a hospital, doctor's office, or your home, this section is not required. The patient advocate or ombudsman must sign the following statement:

TUYÊN BỐ CỦA LUẬT SƯ CỦA BỆNH NHÂN HOẶC THANH TRA VIÊN: Chấp nhận sẽ bị phạt nếu khai man theo luật pháp California, tôi tuyên bố rằng tôi là luật sư của bệnh nhân hoặc thanh tra viên do Sở Người Cao Tuổi Tiểu Bang chỉ định và tôi là người làm chứng theo yêu cầu của Mục 4675 Bộ Luật Chứng Thực Di Chúc.

STATEMENT OF PATIENT ADVOCATE OR OMBUDSMAN: I declare under penalty of perjury under the laws of California that I am a patient advocate or ombudsman as designated by the State Department of Aging and that I am serving as a witness as required by Section 4675 of the Probate Code.

Chữ ký Signature	Ngày Date
Tên (Viết In Hoa) Name (Printed)	Số Điện Thoại Phone Number

Các Bước Tiếp Theo
Next Steps

Xin chúc mừng!
Congratulations!

Quý vị đã hoàn thành bản chỉ thị trước của mình. Sau đây là những việc cần làm tiếp theo:
You have completed your advance directive. Here's what to do next:

- **Mang tài liệu này về nhà và cất giữ ở nơi an toàn, nơi người thân của quý vị có thể dễ dàng tiếp cận nếu cần.**
  Take this document home and keep it somewhere safe where your loved ones can easily access it if needed.
- **Lập bản sao và cung cấp cho những người đại diện về chăm sóc sức khỏe, bác sĩ của quý vị và bất kỳ bệnh viện hay cơ sở nào mà quý vị tiếp nhận điều trị. Bản sao của văn bản này cũng có giá trị như bản gốc.**
  Make copies and give them to your healthcare agents, your doctor, and any hospital or facility where you receive treatment. Copies of this document are just as valid as the original.
- **Trao đổi với gia đình, người đại diện về chăm sóc sức khỏe, bác sĩ của quý vị và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác về chỉ thị trước của quý vị. Đảm bảo là họ hiểu quý vị coi trọng điều gì trong vấn đề chăm sóc sức khỏe.**
  Talk with your family, healthcare agents, your doctors and other healthcare providers about your advance directive. Make sure they understand what's important for your healthcare.
- **Nếu quý vị có tài khoản myChart, quý vị có thể tải chỉ thị trước này lên. Để biết thêm thông tin, hãy truy cập www.memorialcare.org/acp sau đó với bản dịch, vui lòng xem tệp word.**
  If you have a myChart account, you can upload this advance directive. For more information go to www.memorialcare.org/acp.
- **Nếu quý vị muốn cung cấp thêm thông tin, hãy hoàn thành Phần 4 – Các Giá Trị của Tôi.**
  If you want to provide more information, complete Part 4 – My Values.

Sau đây là cách cập nhật hoặc thay đổi bản chỉ thị trước của quý vị:
Here's how to update or change your advance directive:

- **Nếu quý vị muốn thay đổi bất kỳ nội dung nào đã ghi trong bản chỉ thị trước này khi đang ở bệnh viện, hãy đảm bảo quý vị sẽ thông báo cho bác sĩ của mình và yêu cầu họ ghi lại mọi thay đổi trong hồ sơ y tế của quý vị.**
  If you change your mind about anything you have written in this advance directive while you are in the hospital, make sure to tell your doctor and have them document any changes in your medical record.
- **Sau khi quý vị ký tên vào tài liệu này trước sự chứng kiến của hai người làm chứng hoặc công chứng viên, bản chỉ thị trước này sẽ có giá trị cho đến khi quý vị thu hồi. Nếu muốn thu hồi bản chỉ thị trước này, quý vị có thể ghi "REVOKED" (THU HỒI) với cỡ chữ lớn ngang mặt trước của văn bản và ký tên hoặc thông báo cho bác sĩ chính của quý vị. Nếu quý vị hoàn thành một bản chỉ thị trước mới thì mọi bản chỉ thị trước cũ sẽ tự động bị thu hồi.**
  Once you have signed this document with two witnesses or a notary, this advance directive is valid until you revoke it. If you want to revoke this advance directive, you can either write "REVOKED" in large letters across the front of the document and sign it or tell your primary doctor. If you complete a new advance directive, it will automatically revoke any previous advance directives.
- **Hãy đảm bảo quý vị cung cấp các bản cập nhật cho gia đình, người đại diện về chăm sóc sức khỏe, bác sĩ của quý vị và bất kỳ bên nào khác đang lưu giữ bản chỉ thị trước cũ của quý vị.**
  Make sure to provide the updated documents to your family, healthcare agents, your doctor, and anywhere else your previous advance directive was stored.
- **Mọi thứ sẽ thay đổi theo thời gian. Bản chỉ thị trước này sẽ không hết hạn nhưng tốt nhất quý vị nên xem lại và cân nhắc liệu có cần cập nhật hay không:**
  As time goes on, things change. This advance directive does not expire, but it is a good idea to review it and see if it needs updating:
  - **10 năm một lần**
    Every 10 years
  - **Nếu quý vị kết hôn hoặc ly hôn**
    If you get married or divorced
  - **Nếu quý vị được chẩn đoán mắc bệnh trạng mới**
    If you are diagnosed with a new health condition
  - **Nếu sức khỏe quý vị giảm sút**
    If your health declines
  - **Sau khi người thân của quý vị qua đời**
    After the death of a loved one

PHẦN 4 (Tùy Chọn): Các Giá Trị của Tôi

PART 4 (Optional): My Values

Chăm sóc sức khỏe tốt không chỉ là điều trị y tế. Trong phần bổ sung tùy chọn này cho bản chỉ thị trước của quý vị, hãy cho người thân và đội ngũ chăm sóc của quý vị biết quý vị coi trọng nhất điều gì nếu mắc bệnh nặng. Quý vị có thể điền ít hoặc nhiều thông tin tùy ý trong mục này. Nếu quý vị chọn hoàn thành mục này, hãy đính kèm mục này với phần còn lại của bản chỉ thị trước của quý vị.

Good healthcare is about more than medical treatment. In this optional addition to your advance directive, tell your loved ones and your care team what is most important to you if you become seriously ill. Complete as much or as little of this section as you want. If you choose to complete this section, keep it attached to the rest of your advance directive.

Khi Tôi Mắc Bệnh Nặng

When I am Seriously Ill

- ❑ ***Tôi muốn được thoải mái và không đau đớn, ngay cả khi thuốc giảm đau khiến tôi buồn ngủ đến mức không thể tỉnh táo.***
  I want to be kept comfortable and free from pain, even if my pain medicine makes me too sleepy to stay awake.
- ❑ ***Tôi muốn gia đình và người thân đến thăm và nói chuyện với tôi.***
  I want my family and loved ones to visit me and talk with me.
- ❑ ***Tôi muốn được xoa dịu qua tiếp xúc (nắm tay, vuốt tóc tôi, v.v.).***
  Comforting touches (handholding, stroking my hair, etc.) are welcome.
- ❑ ***Tôi muốn nghe loại nhạc mình yêu thích. Loại nhạc tôi yêu thích bao gồm:*** _____
  I want my favorite music to be played. My favorite music includes:
- ❑ ***Nếu có thể, tôi muốn tham gia ra quyết định về điều trị cho bản thân. Tôi muốn đội ngũ điều trị của tôi trao đổi với tôi và cho tôi biết họ sẽ làm gì, ngay cả khi tôi có vẻ không nhận thức được.***
  If I am able, I want to be involved in making my own treatment decisions. I want my treatment team to talk to me and tell me what they are doing, even if I don't seem aware.

Nếu có thể, tôi muốn có những đồ vật sau trong phòng:
If possible, I would like the following things in my room:

Nếu vấn đề tâm linh và/hoặc tôn giáo là điều quan trọng đối với tôi thì đội ngũ chăm sóc của tôi nên biết những điều sau:
If spirituality and/or religion is important to me, here is what my care team should know:

Nếu bệnh của tôi rất nặng, tôi muốn chắc chắn là những việc sau đây sẽ KHÔNG diễn ra:
If I am very sick, I want to make sure the following things DO NOT happen:

Nếu bệnh của tôi rất nặng, tôi muốn chắc chắn là những việc sau đây SẼ diễn ra:
If I am very sick, I want to make sure the following things DO happen:

PHẦN 4 (Tùy Chọn): Các Giá Trị của Tôi [tiếp tục]

PART 4 (Optional): My Values [continued]

Ở Giai Đoạn Cuối Đời

At the End of Life

Nếu có thể, tôi muốn dành những ngày cuối đời của mình:

If possible, I would like to spend my final days:

- ❑ ***Ở nhà***
  At home
- ❑ ***Trong bệnh viện***
  In the hospital
- ❑ ***Tại viện dưỡng lão hoặc cơ sở khác***
  At a nursing home or other facility
- ❑ ***Nơi khác:*** _____
  Other:
- ❑ ***Không có lựa chọn ưu tiên***
  No preference

Nếu có thể, tôi muốn thi hài của mình được:

If possible, I would like my remains to be:

- ❑ ***Chôn***
  Buried
- ❑ ***Hỏa thiêu***
  Cremated
- ❑ ***Xử lý theo hình thức khác:*** _____
  Other:

Sau đây là những nguyện vọng cụ thể về đám tang hoặc dịch vụ tưởng niệm của tôi:

These are my specific wishes for my funeral or memorial service:

Tôi muốn gia đình và người thân của mình biết rằng:

I want my family and loved ones to know: