

GIẤY ỦY QUYỀN DÀI HẠN VỀ CHĂM SÓC SỨC KHỎE

Bản chỉ thị trước này, Giấy Ủy Quyền Dài Hạn về Chăm Sóc Sức Khỏe, cho phép quý vị nêu tên người đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho quý vị khi quý vị không thể tự mình đưa ra quyết định. Người này là Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe. Biểu mẫu này đáp ứng các yêu cầu của luật tiểu bang Washington.

Thông tin của tôi:

Họ và Tên: _____ Số Hồ Sơ Y Tế: _____

Ngày Sinh: _____ / _____ / _____

(tháng/ngày/năm)

ĐẠI DIỆN CHĂM SÓC SỨC KHỎE CỦA TÔI

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

Họ và Tên: _____ Ngày Sinh: _____ / _____ / _____

Địa chỉ, Thành phố, Tiểu bang, mã ZIP: _____ Điện thoại: _____

Trong trường hợp người được liệt kê ở trên không thể hoặc không sẵn lòng phục vụ, hoặc không thể liên lạc bằng nỗ lực hợp lý, thì tôi trao các quyền này cho Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe đủ điều kiện tiếp theo được liệt kê bên dưới:

Người thay thế thứ nhất

Họ và Tên: _____ Ngày Sinh: _____ / _____ / _____

Địa chỉ, Thành phố, Tiểu bang, mã ZIP: _____ Điện thoại: _____

Người thay thế thứ hai

Họ và Tên: _____ Ngày Sinh: _____ / _____ / _____

Địa chỉ, Thành phố, Tiểu bang, mã ZIP: _____ Điện thoại: _____

CHO PHÉP MỘT ĐẠI DIỆN CHĂM SÓC SỨC KHỎE:

Tuyên Bố về Thẩm Quyền và Quyền Hạn Chung của Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe của tôi: Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe của tôi được ủy quyền đặc biệt để đồng ý điều trị chăm sóc sức khỏe khi tôi không thể tự quyết định. Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe của tôi được ủy quyền thực hiện các mong muốn của tôi liên quan đến các phương pháp điều trị duy trì sự sống như ống cho ăn, hồi sức tim phổi (CPR), máy thở và lọc thận. Điều này bao gồm đồng ý bắt đầu, tiếp tục hoặc ngừng điều trị y tế. Tài liệu này cung cấp cho người mà quý vị chỉ định làm Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe quyền đưa ra các quyết định chăm sóc sức khỏe cho quý vị và chỉ có hiệu lực khi quý vị mất khả năng đưa ra các quyết định chăm sóc sức khỏe sáng suốt cho chính mình. Chừng nào quý vị còn khả năng đưa ra các quyết định chăm sóc sức khỏe sáng suốt cho chính mình, quý vị có quyền đưa ra tất cả các quyết định về y tế và chăm sóc sức khỏe khác. Các nguyện vọng điều trị y tế của quý vị có thể được đính kèm cùng biểu mẫu này. Quý vị có thể gửi kèm các giới hạn cụ thể trong tài liệu này về thẩm quyền của Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe trong việc đưa ra các quyết định chăm sóc sức khỏe nếu quý vị muốn.

Tôi xác thực những điều sau: Tôi hiểu tầm quan trọng và ý nghĩa của Giấy Ủy Quyền Dài Hạn về Chăm Sóc Sức Khỏe (DPOA-HC) này. Biểu mẫu này phản ánh các lựa chọn của tôi cho Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe. Tôi đã tự nguyện điền vào biểu mẫu này. Tôi đang suy nghĩ sáng suốt. Tôi hiểu rằng tôi có thể thay đổi quyết định của mình bất cứ lúc nào. Tôi hiểu rằng tôi có thể thay thế biểu mẫu này bất kỳ lúc nào, sau đó sẽ

Họ và Tên:

Số Hồ Sơ Y Tế:

Ngày Sinh:

/ /

thu hồi mọi DPOA-HC trước đó. Tôi muốn DPOA-HC này có hiệu lực nếu bác sĩ hoặc người được chỉ định mà tôi lựa chọn xác định rằng tôi không có khả năng tự đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho mình. Chỉ thị này sẽ tiếp tục có hiệu lực chừng nào tôi còn mất năng lực.

Hai người làm chứng HOẶC một công chứng viên phải chứng kiến tôi ký vào biểu mẫu này để nó có giá trị pháp lý.

Chữ ký của tôi:

Ngày:

YÊU CẦU DÀNH CHO NGƯỜI LÀM CHỨNG HOẶC CÔNG CHỨNG VIÊN

Nếu không có chữ ký của người làm chứng hoặc công chứng thì biểu mẫu này không có giá trị pháp lý.

Lựa chọn 1: Hai người làm chứng

Yêu cầu dành cho người làm chứng:

- Phải từ 18 tuổi trở lên và đủ năng lực.
- Không được có liên hệ với quý vị hoặc đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị về huyết thống, hôn nhân hoặc quan hệ sống chung nhà đã đăng ký với tiểu bang.
- Không phải nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại gia của quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc tại cơ sở chăm sóc người trưởng thành hoặc cơ sở chăm sóc dài hạn nơi quý vị sống.

Chứng nhận của người làm chứng: Tôi tuyên bố tôi đáp ứng các quy tắc để trở thành người làm chứng.

Chữ ký của **Người làm chứng 1:**

Ngày:

Tên viết hoa:

Chữ ký của **Người làm chứng 2:**

Ngày:

Tên viết hoa:

Lựa chọn 2: Công chứng viên

Tiểu bang Washington)

)

Quận _____)

Hồ sơ này đã được thừa nhận trước tôi vào ngày _____ tháng _____

bởi (tên cá nhân):

Chữ ký:

Chức vụ:

Hết hạn:

Kaiser Foundation Health Plan of Washington

Biểu mẫu pháp lý này là một phiên bản trong số nhiều phiên bản có sẵn công khai. Biểu mẫu không nhằm mục đích tư vấn pháp lý. Nếu có thắc mắc hoặc cần hỗ trợ, vui lòng tham khảo ý kiến từ cố vấn pháp lý của quý vị. (08-2021)