

Bản Chỉ Dẫn Trước về Chăm Sóc Sức Khỏe (Advance Health Care Directive)

Tiểu Bang California

**Hoạch Định Chăm Sóc Trọn Đời:
Giá Trị, Lựa Chọn, Chăm Sóc**

kp.org/lifecareplan

Đảm bảo hoàn thành tài liệu này bằng cách:

1. Ký tên và ghi rõ ngày tháng theo yêu cầu.
2. Có người làm chứng hoặc công chứng chứng nhận.
Người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị (người ra quyết định) không được ký tên trong vai trò nhân chứng.
3. Nhớ gửi lại một bản sao cho Kaiser Permanente và gửi bản sao cho người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị. Quý vị giữ bản chính.

Chỉ Dẫn Trước về Chăm Sóc Sức Khỏe (Advance Health Care Directive)

Chỉ Dẫn Trước về Chăm Sóc Sức Khỏe là gì?

Bản Chỉ Dẫn Trước về Chăm Sóc Sức Khỏe (Advance Health Care Directive, AHCD) là tài liệu pháp lý cung cấp cho các nhóm chăm sóc sức khỏe của quý vị hướng dẫn về những việc cần làm trong trường hợp quý vị không thể đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho chính mình.

AHCD cho phép quý vị:

- Chọn một người đại diện chăm sóc sức khỏe (người ra quyết định) để thay mặt quý vị đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe nếu quý vị không thể tự quyết định VÀ/HOẶC
- Thể hiện giá trị, niềm tin và các ưu tiên chăm sóc sức khỏe của quý vị

AHCD cung cấp hướng dẫn cho cả người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị (người ra quyết định) và đội ngũ chăm sóc sức khỏe lập kế hoạch điều trị cho quý vị. **AHCD KHÔNG cho nhân viên cấp cứu biết quý vị muốn nhận những phương pháp điều trị nào trong trường hợp cấp cứu y tế.**

Quý vị có thể cập nhật BẤT KỲ lựa chọn nào của mình trong AHCD vào bất kỳ thời điểm nào bằng cách hoàn thành một bản AHCD mới. Bản AHCD mới này sẽ thay thế bất kỳ bản AHCD nào mà quý vị đã hoàn thành trước đó.

Tại sao AHCD lại quan trọng?

Quý vị có quyền chia sẻ ưu tiên của mình về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của chính quý vị. Tài liệu này cung cấp các hướng dẫn cho người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị (người ra quyết định) và các bác sĩ để cung cấp dịch vụ chăm sóc phù hợp cho quý vị.

Đây cũng là cơ hội để suy ngẫm về việc chất lượng cuộc sống có ý nghĩa như thế nào đối với quý vị và các lựa chọn của quý vị có thể ảnh hưởng như thế nào đến những người thân của quý vị. **Bằng cách hoàn thành tài liệu này trong khi có thể và nói về tài liệu này với những người thân của quý vị, có thể giúp giảm bớt nhầm lẫn và bất đồng về những điều quý vị có thể muốn hoặc có thể không muốn.**

AHCD dành cho đối tượng nào?

Bất kỳ người lớn nào trên 18 tuổi có tinh thần tỉnh táo nên xem xét việc hoàn thành Bản Chỉ Dẫn Trước về Chăm Sóc Sức Khỏe bất kể tình trạng sức khỏe của họ như thế nào.

Các lựa chọn khác:

Hoạch Định Chăm Sóc Trọn Đời:

Giá Trị, Lựa Chọn, Chăm Sóc

kp.org/lifecareplan

Họ và Tên (Full Name): _____

Số Hồ Sơ Y Tế (Medical Record #): _____

Nội dung trong tài liệu này?

Bản Chỉ Dẫn Trước về Chăm Sóc Sức Khỏe (AHCD) của Kaiser Permanente bao gồm năm phần, bao gồm cả cách chuyển thành tài liệu pháp lý:

Quý vị có thể điền nhiều hay ít thông tin tùy ý vào tài liệu này.

Nếu quý vị quyết định không hoàn thành một phần nào đó, chỉ cần vẽ một đường thẳng hết trang và ký nháy vào trang đó. Điều này sẽ cho chúng tôi biết trang đó được có ý để trống.

Phần 5 là phần bắt buộc để tài liệu này trở nên hợp pháp ở Tiểu Bang California.

Phần 1: Chọn Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe của Tôi (Người Ra Quyết Định)

Cho phép quý vị chỉ định một người để thay mặt quý vị đưa ra các quyết định về chăm sóc sức khỏe nếu quý vị không thể tự đưa ra quyết định.

Phần 2. Những Giá Trị và Niềm Tin của Tôi

Cho quý vị cơ hội suy ngẫm về chất lượng cuộc sống và cuộc sống tốt có ý nghĩa như thế nào đối với quý vị. Chúng tôi khuyến khích quý vị hoàn thành phần này vì nó sẽ giúp quý vị suy nghĩ thấu suốt trong phần còn lại của tài liệu.

Phần 3: Chọn Các Tùy Chọn Chăm Sóc Sức Khỏe của Tôi

Cho phép quý vị ghi lại các lựa chọn chăm sóc sức khỏe của mình nếu quý vị không thể tự đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe do chấn thương hoặc bệnh tật.

Phần 4: Lựa Chọn Sau Khi Qua Đời

Cho phép quý vị truyền đạt bất kỳ mong muốn nào mà quý vị có thể có sau khi qua đời, bao gồm hiến tạng, mong muốn tổ chức tang lễ, v.v.

Phần 5: Hợp Pháp Hóa Tài Liệu

Việc hoàn thành phần này sẽ làm cho tài liệu này trở thành tài liệu hợp pháp ở Tiểu Bang California.

Tài liệu này cũng bao gồm một danh sách kiểm tra để giúp quý vị chia sẻ các lựa chọn của mình với Kaiser Permanente và những người khác.

Bản Chỉ Dẫn Trước về Chăm Sóc Sức Khỏe này thuộc về:

Họ và tên
(Full name)

Số Hồ Sơ Y Tế
(Medical Record number)

Ngày sinh
(Date of birth)

Địa chỉ gửi thư
(Mailing address)

Thành phố

Tiểu bang

Mã Zip

Số điện thoại chính
(Primary phone)

Số điện thoại phụ
(Secondary phone)

Email
(Email)

Chọn Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe của Tôi (Người Ra Quyết Định)

(Choosing My Health Care Agent[s] [Decision Maker])

Phần này nêu tên người mà tôi tin tưởng sẽ đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho tôi nếu tôi không thể tự quyết định.

Phần 1

Chọn Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe

cũng có nghĩa là chia sẻ giá trị và niềm tin của quý vị với họ và cho họ biết quý vị muốn nhận dịch vụ chăm sóc y tế nào nếu quý vị không thể tự quyết định.

Tôi nên chọn ai làm người đại diện chăm sóc sức khỏe cho mình?

Nếu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi xác định rằng tôi không thể tự quyết định về dịch vụ chăm sóc sức khỏe, biểu mẫu này nêu tên của (những) người mà tôi chọn để đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho tôi.

Người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi (người ra quyết định) sẽ phát ngôn thay mặt tôi để đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho tôi dựa trên những lựa chọn mà tôi đã chia sẻ với họ hoặc những gì họ tin là có lợi nhất cho tôi, xét đến những điều họ biết về giá trị và niềm tin cá nhân của tôi.

Lưu ý: Hãy nói với người đại diện của quý vị về điều quan trọng nhất với quý vị là gì và đảm bảo rằng họ cảm thấy có thể thực hiện vai trò này. Đảm bảo cho những người thân nhất với quý vị biết người mà quý vị đã chọn làm đại diện của mình.

Khi chọn người đại diện chăm sóc sức khỏe, hãy cân nhắc lựa chọn một người quan trọng với quý vị và có khả năng đưa ra quyết định khó khăn vào thời điểm khó khăn. Về mặt pháp lý, người đại diện của quý vị không được là bác sĩ của quý vị hoặc một chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác chăm sóc cho quý vị trong nhóm điều trị của quý vị.

Quý vị không thể lường trước mọi tình huống chăm sóc sức khỏe; người đại diện của quý vị sẽ phải đưa ra quyết định trong thời gian thực dựa trên thông tin được nhóm y tế chia sẻ. Bằng việc thảo luận với người đại diện của quý vị về hình thức chăm sóc mà quý vị muốn và không muốn sẽ giúp quý vị và đại diện của quý vị hiểu nhau và yên tâm hơn.

Đôi khi, vợ/chồng hoặc thành viên gia đình có thể là lựa chọn tốt nhất, đôi khi họ *không phải* lựa chọn tốt nhất. Quý vị là người hiểu rõ nhất.

Người đại diện chăm sóc sức khỏe phù hợp là người:

- Sẵn sàng trở thành người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị và theo cách thức hợp lý có thể sẵn sàng đồng ý
- Hiểu rõ giá trị và niềm tin của quý vị
- Sẵn sàng tôn trọng và trình bày sở thích của quý vị ngay cả khi chúng khác với sở thích của họ
- Sẽ không ngại đặt câu hỏi và phát ngôn thay cho quý vị, ngay cả khi nó đi ngược lại quy ước hoặc mong muốn của những người thân của quý vị
- Có thể đưa ra quyết định khi chịu áp lực
- Sẽ tiếp tục kiểm tra với quý vị về các lựa chọn của quý vị theo thời gian

Lưu ý: Người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị *có thể hoặc không phải* là người mà quý vị sẽ chọn làm người liên lạc trong trường hợp cấp cứu.

Mẫu đơn này không ủy quyền cho người đại diện của quý vị đưa ra quyết định về mặt kinh tế hoặc các quyết định kinh doanh khác thay cho quý vị.

Họ và Tên (Full Name): _____

Số Hồ Sơ Y Tế (Medical Record #): _____

Nói chuyện với người đại diện của quý vị về các loại hình trách nhiệm mà họ có thể phải đảm nhận trong vai trò này. Sử dụng các câu hỏi trong Phần 2 để hướng dẫn cuộc trò chuyện của quý vị.

Người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi có thể đưa ra TẤT CẢ các quyết định chăm sóc sức khỏe thay cho tôi nếu tôi không thể tự mình đưa ra quyết định. **Trừ khi tôi giới hạn quyền hạn của người đại diện, họ có thể đưa ra các quyết định sau thay cho tôi:**

- Đồng ý/từ chối với các loại thuốc, xét nghiệm, biện pháp điều trị. Chọn hoặc thay đổi nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe và quyết định nơi tôi sẽ nhận dịch vụ chăm sóc
- Bắt đầu, không bắt đầu hoặc dừng lại tất cả các hình thức can thiệp duy trì sự sống để duy trì sự sống cho tôi
- 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, hiến tạng và việc xử lý thi thể tôi)

Chọn Người đại diện chăm sóc sức khỏe chính.

Tôi chọn người sau đây làm Người đại diện chăm sóc sức khỏe chính của tôi mà có thể đưa ra các quyết định chăm sóc sức khỏe thay cho tôi nếu tôi không thể tự mình đưa ra quyết định.

Người đại diện chăm sóc sức khỏe chính của tôi:
(My Primary [main] health care agent):

Họ và tên
(Full name)

Mối quan hệ
(Relationship)

Địa chỉ gửi thư
(Mailing address)

Thành phố

Tiểu bang

Mã Zip

Số điện thoại chính
(Primary phone)

Số điện thoại phụ
(Secondary phone)

Email
(Email)

Họ và Tên (Full Name): _____
Số Hồ Sơ Y Tế (Medical Record #): _____

Lưu ý: Quyền hạn của người đại diện của tôi có hiệu lực khi bác sĩ của tôi xác định rằng tôi không thể tự quyết định dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

Vui lòng đánh dấu "X" để chọn một trong các tùy chọn sau:

(Please mark an "X" to select one of the following:)

- Tôi hiểu và chấp nhận rằng người đại diện của tôi sẽ hành động khi tôi có thể **không tiếp tục** tự quyết định, HOẶC

(I understand and accept that my agent will become active when I can **no longer** make my own decisions, OR)

- Tôi muốn người đại diện của tôi đưa ra quyết định thay cho tôi **ngay lập tức** mặc dù hiện nay tôi có thể tự quyết định

(I prefer that my agent make decisions on my behalf **immediately**, even though I am currently able to make my own decisions)

XIN LƯU Ý: Nếu người đại diện của quý vị là vợ/chồng hoặc bạn đời sống chung, việc chỉ định người đại diện sẽ được thu hồi trong trường hợp chia tay, hủy bỏ hoặc chấm dứt quan hệ hôn nhân hoặc quan hệ bạn đời sống chung.

(Note: If your agent is a spouse or domestic partner, the agent designation is revoked in the event of a dissolution, annulment, or termination of the marriage or domestic partnership.)

Họ và Tên (Full Name): _____

Số Hồ Sơ Y Tế (Medical Record #): _____

Người đại diện chăm sóc sức khỏe thay thế thứ nhất và thứ hai.

Nếu Người đại diện chăm sóc sức khỏe chính không sẵn lòng, không thể hay không rảnh với lý do chính đáng để quyết định về sức khỏe cho tôi, tôi xin chỉ định những người dưới đây làm người đại diện thay thế thứ nhất và thứ hai cho tôi.

Phần này là phần khuyến nghị nên điền thông tin nhưng không bắt buộc. Nếu quý vị không chọn được ai, hãy chuyển sang phần tiếp theo.

**Người đại diện chăm sóc sức khỏe thay thế thứ nhất:
(First Alternate health care agent):**

Họ và tên
(Full name)

Mối quan hệ
(Relationship)

Địa chỉ gửi thư
(Mailing address)

Thành phố

Tiểu bang

Mã Zip

Số điện thoại chính
(Primary phone)

Số điện thoại phụ
(Secondary phone)

Email
(Email)

Họ và Tên (Full Name): _____
Số Hồ Sơ Y Tế (Medical Record #): _____

**Người đại diện chăm sóc sức khỏe thay thế thứ hai:
(Second Alternate health care agent)**

Họ và tên
(Full name)

Mối quan hệ
(Relationship)

Địa chỉ gửi thư
(Mailing address)

<i>Thành phố</i>	<i>Tiểu bang</i>	<i>Mã Zip</i>
------------------	------------------	---------------

Số điện thoại chính
(Primary phone)

Số điện thoại phụ
(Secondary phone)

Email
(Email)

Họ và Tên (Full Name): _____

Số Hồ Sơ Y Tế (Medical Record #): _____

Giới hạn về người
đại diện chăm sóc
sức khỏe.

Nếu không có
lựa chọn nào cho
cả hai phần này,
hãy chuyển đến
phần tiếp theo.

Nếu tôi muốn giới hạn quyền hạn của người đại diện chăm sóc sức khỏe của mình, tôi sẽ viết bên dưới những quyết định chăm sóc sức khỏe nào mà **TÔI KHÔNG** muốn người đại diện của tôi đưa ra.

(If I wish to limit my health care agent's authority, I will write below what health care decisions **I DO NOT** want my agent to make)

Tôi cũng sẽ viết bên dưới tên của bất kỳ người nào, nếu có mà **TÔI KHÔNG** muốn đưa ra các quyết định chăm sóc sức khỏe thay mặt tôi.

(I will also write below the names of any individuals, if any, who **I DO NOT** want to make health care decisions for me.)

Những Giá Trị và Niềm Tin của Tôi

(My Values & Beliefs)

Phần này cho phép tôi suy ngẫm về chất lượng cuộc sống và sống tốt có ý nghĩa như thế nào đối với tôi. Điều đó có vai trò là cơ sở cho những phản hồi của tôi đối với phần còn lại của tài liệu này.

Phần 2

Hoàn thành phần **Những Giá Trị và Niềm Tin của Tôi** cho phép quý vị viết ra những điều quan trọng nhất trong cuộc sống của quý vị. Dành thời gian suy ngẫm những câu hỏi này vì chúng sẽ giúp quý vị suy nghĩ thấu đáo Phần 3 của tài liệu này.

Điều quan trọng là phải hiểu và suy nghĩ về những điều quan trọng nhất để tôi có thể đưa ra quyết định trước về việc chăm sóc sức khỏe của mình phù hợp với con người của tôi. Điều quan trọng là người đại diện chăm sóc sức khỏe (người ra quyết định) của tôi cũng phải hiểu các giá trị của tôi và những điều quan trọng nhất đối với tôi.

Tôi sẽ chia sẻ một số điều về bản thân, như điều gì là quan trọng nhất trong cuộc sống của tôi, sống tốt có ý nghĩa như thế nào đối với tôi và những khả năng mà tôi đánh giá cao. Tôi cũng sẽ chia sẻ về việc tâm lý của tôi có thể ảnh hưởng đến việc chăm sóc sức khỏe cho tôi như thế nào.

(I will share some things about myself, such as what is most important in my life, what living well means to me, and what abilities I value. I will also share how my belief system may influence my health care.)

Chọn tất cả các lựa chọn phù hợp và sử dụng khoảng trống bên dưới để mô tả thêm.

(Check all that apply and use the space below to describe more.)

1. Để tôi sống tốt, điều quan trọng nhất đối với tôi là điều sau đây:

(1. For me to live well, the following matter most to me:)

- Dành thời gian và kết nối với những người thân yêu
(Spending time and connecting with loved ones)
- Tự mình đưa ra quyết định
(Making my own decisions)
- Truyền đạt có ý nghĩa
(Communicating meaningfully)
- Tích cực hoạt động thể chất
(Being physically active)
- Nhận ra bạn bè và gia đình
(Recognizing friends and family)
- Tích cực giao tiếp xã hội
(Being socially active)
- Sống độc lập
(Living independently)
- Tự ăn mà không cần sự trợ giúp
(Feeding myself without assistance)
- Chăm sóc vệ sinh cá nhân (tự tắm rửa, thay quần áo)
(Taking care of my personal hygiene [bathing, dressing myself])
- Sống trong nhà của tôi
(Living in my home)
- Làm việc và/hoặc làm tình nguyện
(Working and/or volunteering)
- Tham gia vào các sở thích hoặc mối quan tâm
(Participating in hobbies or interests)
- Tôn trọng tín ngưỡng tâm linh và/hoặc tôn giáo của tôi
(Honoring my spiritual beliefs and/or religion)
- Khác (cho biết thêm bên dưới)
(Other [say more below])

*Điều quan trọng đối với tôi là ...
(It also matters to me that...)*

2. Đây là lý do TẠI SAO những lựa chọn tôi đưa ra trong Câu Hỏi 1 lại quan trọng đối với tôi. Tôi cũng sẽ chia sẻ thêm suy nghĩ về những điều mang lại ý nghĩa cho cuộc sống của tôi.

(2. This is WHY the choices I made in Question 1 matter to me. I will also share additional thoughts about what brings meaning to my life.)

Hãy nghĩ về những điều quý vị đánh giá cao nhất. Chất lượng cuộc sống có ý nghĩa như thế nào với quý vị? Đây có thể là những câu hỏi lớn, nhưng quý vị đã biết nhiều hơn quý vị nghĩ.

*Tại sao những điều này lại quan trọng đối với quý vị?
(Why are these important to you?)*

Chỉ trả lời nếu điều này liên quan đến quý vị.

3. Văn hóa, tâm linh, tôn giáo và/hoặc hệ thống tín ngưỡng của tôi ảnh hưởng như thế nào đến các quyết định chăm sóc sức khỏe của tôi? Điều này quan trọng với tôi như thế nào?

(3. How does my culture, spirituality, religion, and/or belief system influence my health care decisions? How important is this to me?)

*Điều quan trọng đối với tôi là ...
(It is important to me that...)*

Chọn Các Tùy Chọn Chăm Sóc Sức Khỏe của Tôi (Choosing My Health Care Preferences)

Phần này cùng với **Phần 2: Những Giá Trị & Niềm Tin của Tôi** mô tả các lựa chọn của tôi để hướng dẫn các bác sĩ và người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi đưa ra quyết định y tế cho tôi nếu tôi không thể tự quyết định dịch vụ chăm sóc sức khỏe **VÀ** các biện pháp can thiệp duy trì sự sống là cần thiết để duy trì sự sống cho tôi.

Phần 3

Chọn các **Lựa Chọn Chăm Sóc Sức Khỏe** có thể tạo cảm giác không thoải mái, nhưng làm như vậy khi quý vị còn khỏe mạnh sẽ giúp quý vị có tiếng nói khi quý vị không thể.

Tài liệu này thể hiện lựa chọn về chăm sóc sức khỏe của tôi:

Nếu tôi không thể tự quyết định dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình và những biện pháp can thiệp duy trì sự sống là cần thiết để duy trì sự sống cho tôi, tôi yêu cầu người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi thể hiện các lựa chọn về chăm sóc sức khỏe của tôi như được mô tả dưới đây.

Tôi biết rằng các quyết định sẽ được thực hiện với sự hợp tác của các bác sĩ và nhóm chăm sóc của tôi và họ sẽ xem xét các giá trị và niềm tin, lựa chọn chăm sóc sức khỏe và tình trạng bệnh của tôi tại thời điểm cần đưa ra quyết định.

Lưu ý: Bằng cách ghi lại các lựa chọn về chăm sóc sức khỏe của quý vị trong bản chỉ dẫn này, người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị và bác sĩ có thể đưa ra quyết định dựa trên những điều quý vị đã viết thay vì phỏng đoán, giả định hoặc cố ghi nhớ. Thảo luận về các lựa chọn cũng như giá trị và niềm tin của quý vị với người đại diện và bác sĩ của quý vị.

Các biện pháp can thiệp duy trì sự sống là gì?

Các biện pháp can thiệp duy trì sự sống bao gồm bất kỳ thủ thuật, thiết bị y tế hoặc loại thuốc nào có thể được sử dụng để duy trì sự sống cho tôi.

Những biện pháp can thiệp này có thể có hiệu quả hoặc không hiệu quả, và chúng không điều trị được các bệnh trạng cơ bản hoặc nguyên nhân gây bệnh.

Các biện pháp can thiệp duy trì sự sống bao gồm:

- Hồi sức tim phổi: cố gắng kích hoạt lại tim bằng cách ép ngực nếu tim và nhịp thở của quý vị ngừng lại.
- Máy thở: một loại máy hỗ trợ quý vị thở khi phổi của quý vị không hoạt động. Một ống được đưa qua miệng hoặc vết rạch ở cổ đi vào đường thở. Ống này kết nối với máy.
- Cho ăn bằng ống thông: còn gọi là cung cấp chất dinh dưỡng nhân tạo, là một phương pháp điều trị y tế cung cấp thức ăn lỏng (dinh dưỡng) cho cơ thể. Phương pháp này được thực hiện khi một người không thể ăn đủ bằng miệng hoặc gặp khó khăn khi nuốt.
- Thẩm tách: một loại máy loại bỏ chất thải ra khỏi máu của quý vị nếu thận của quý vị không hoạt động.
- Truyền máu hoặc sử dụng các sản phẩm máu để điều trị: quá trình truyền máu hoặc các sản phẩm máu vào cơ thể của quý vị thông qua một ống hẹp đặt trong tĩnh mạch ở cánh tay của quý vị.

Chia sẻ các giá trị và lựa chọn chăm sóc sức khỏe của quý vị với người đại diện của quý vị. Nói về lý do tại sao lựa chọn của quý vị lại quan trọng đối với quý vị. Đảm bảo rằng họ sẽ tôn trọng mong muốn của quý vị ngay cả khi chúng có thể khác với mong muốn của họ.

Bây giờ quý vị đã biết về các biện pháp can thiệp duy trì sự sống, hãy xem xét câu sau (chọn nhiều khả năng tùy thích).

(Now that you have learned about life sustaining interventions, consider the following question [select as many abilities below as you would like].)

A. Tôi sẽ từ chối hoặc ngừng các biện pháp can thiệp duy trì sự sống nếu tôi không thể:

(A. I would decline or stop life sustaining interventions if I was not able to):

- Tự mình đưa ra quyết định
(Make my own decisions)
- Truyền đạt có ý nghĩa
(Communicate meaningfully)
- Nhận ra bạn bè và gia đình
(Recognize friends and family)
- Tự ăn mà không cần sự trợ giúp hoặc cho ăn bằng ống thông
(Feed myself without assistance or tube feeding)
- Chăm sóc vệ sinh cá nhân (tự tắm rửa, thay quần áo)
(Take care of my personal hygiene [bathing, dressing myself])
- Tương tác với cộng đồng
(Engage with the community)

Dựa trên câu trả lời của quý vị ở trên, hãy cân nhắc những điều sau đây khi quý vị chọn lựa chọn chăm sóc sức khỏe của mình ở bên dưới:

Người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi đang được yêu cầu đưa ra các quyết định y tế thay mặt tôi vì một biến cố y tế nghiêm trọng, bệnh tật hoặc chấn thương đã khiến tôi không thể tự quyết định và cần có các biện pháp can thiệp duy trì sự sống để duy trì sự sống cho tôi. Các biện pháp can thiệp duy trì sự sống bao gồm: CPR, thở máy, cho ăn bằng ống thông, thẩm tách, truyền máu hoặc các sản phẩm máu, v.v.

(My health care agent is being asked to make medical decisions for me because a serious medical event, illness, or injury has left me unable to make my own decisions and life sustaining interventions are needed to keep me alive. Life sustaining interventions include: CPR, ventilator, tube feeding, dialysis, blood transfusions or blood products, etc.)

Họ và Tên (Full Name): _____

Số Hồ Sơ Y Tế (Medical Record #): _____

Trong tình huống được mô tả, quý vị có thể không có khả năng nhận ra chính mình hoặc những người thân yêu. 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.

B. Tôi mắc chứng mất trí giai đoạn cuối hoặc tổn thương não nghiêm trọng mà dự kiến sẽ không thuyên giảm. Tôi không thể hoạt động theo cách mà tôi có thể chấp nhận được.

(B. I have advanced dementia or severe brain damage that is not expected to get better. I am not able to function in a way that is acceptable to me.)

Dựa trên những giá trị và niềm tin của tôi
(Based on my values and beliefs):

..... **Tôi không muốn có bất kỳ biện pháp can thiệp nào để duy trì sự sống.** Tôi muốn ngừng lại hoặc không bắt đầu các biện pháp can thiệp duy trì sự sống.

(I do not want any life-sustaining interventions. I would either stop or not start life sustaining interventions.)

..... **Tôi muốn các biện pháp can thiệp duy trì sự sống bắt đầu hoặc tiếp tục,** miễn là phù hợp về mặt y tế.

(I would want life-sustaining interventions to start or continue, as long as medically appropriate.)

..... **Tôi muốn thử nghiệm giới hạn của các biện pháp can thiệp duy trì sự sống,** miễn là phù hợp về mặt y tế. Thông thường, một thử nghiệm kéo dài dưới hai tuần.

(I want a limited trial of life-sustaining interventions, as long as medically appropriate. Typically, a trial is less than two weeks.)

Các lựa chọn của tôi đối với thời gian thử nghiệm là ... vì ...
(My preferences for a trial period are...because...)

Họ và Tên (Full Name): _____

Số Hồ Sơ Y Tế (Medical Record #): _____

Ví dụ về một căn bệnh đang tiến triển nghiêm trọng có thể bao gồm bệnh tim, thận và phổi.

C. Tôi mắc bệnh nặng, đang tiến triển gần đến giai đoạn cuối.

Tôi không thể hoạt động theo cách mà tôi có thể chấp nhận được.

(C. I have a serious, progressing illness that is nearing its final stage.

I am not able to function in a way that is acceptable to me.)

Dựa trên những giá trị và niềm tin của tôi

(Based on my values and beliefs):

..... **Tôi không muốn có bất kỳ biện pháp can thiệp nào để duy trì sự sống.** Tôi muốn ngừng lại hoặc không bắt đầu các biện pháp can thiệp duy trì sự sống.

(I do not want any life-sustaining interventions. I would either stop or not start life sustaining interventions.)

..... **Tôi muốn các biện pháp can thiệp duy trì sự sống bắt đầu hoặc tiếp tục,** miễn là phù hợp về mặt y tế.

(I would want life-sustaining interventions to start or continue, as long as medically appropriate.)

..... **Tôi muốn thử nghiệm giới hạn của các biện pháp can thiệp duy trì sự sống,** miễn là phù hợp về mặt y tế. Thông thường, một thử nghiệm kéo dài dưới hai tuần.

(I want a limited trial of life-sustaining interventions, as long as medically appropriate. Typically, a trial is less than two weeks.)

*Các lựa chọn của tôi đối với thời gian thử nghiệm là ... vì ...
(My preferences for a trial period are...because...)*

Họ và Tên (Full Name): _____

Số Hồ Sơ Y Tế (Medical Record #): _____

Chỉ trả lời nếu điều này liên quan đến quý vị.

Nếu tôi muốn thêm bất kỳ lựa chọn chăm sóc sức khỏe nào khác hoặc nếu tôi muốn hạn chế bất kỳ biện pháp can thiệp nào để duy trì sự sống vì tín ngưỡng văn hóa, tôn giáo hoặc cá nhân của tôi, tôi sẽ viết ra (các) giới hạn này vào khoảng trống bên dưới.

(If I want add any additional health care preferences, or if I wish to limit any life sustaining interventions because of my cultural, religious, or personal beliefs, I will write these limitation(s) in the space below.)

*Tôi muốn...vì...
(I want...because...)*

Họ và Tên (Full Name): _____
Số Hồ Sơ Y Tế (Medical Record #): _____

[Tùy Chọn] Quyết định từ chối phương pháp điều trị y tế đã chỉ định.

Ký tắt bên dưới nếu quý vị muốn từ chối truyền máu hoặc các sản phẩm máu để điều trị (hãy chọn tùy chọn phù hợp với quý vị).

(Initial below if you want to decline blood transfusions or blood products for treatment [select the option that is true for you.]

..... **TÔI TỪ CHỐI** truyền máu hoặc các sản phẩm máu và sẽ điền vào mẫu Khai Báo về Máu của Kaiser Permanente.

(I **DECLINE** blood transfusions or blood products and will fill out the Kaiser Permanente Blood Declaration form.)

..... **TÔI TỪ CHỐI** truyền máu hoặc các sản phẩm máu và tôi đã điền vào mẫu Khai Báo về Máu của Kaiser Permanente.

(I **DECLINE** blood transfusions or blood products and I have completed a Kaiser Permanente Blood Declaration form.)

Tôi có cần biểu mẫu khác không?

Nếu quý vị hiện đang mắc một căn bệnh nặng, đang tiến triển gần đến giai đoạn cuối, vui lòng thảo luận về việc hoàn thành tài liệu Chỉ Định của Bác Sĩ để Điều Trị Duy Trì Sự Sống (Physician Orders for Life-Sustaining Treatment, POLST) với bác sĩ hoặc đội ngũ chăm sóc sức khỏe của quý vị.

Lựa Chọn Sau Khi Qua Đời

Phần này cho phép quý vị ghi lại lựa chọn của mình về cách thức mà quý vị muốn thi thể của mình được chăm sóc sau khi quý vị qua đời và những mong muốn của quý vị về việc tổ chức tang lễ, tưởng niệm hoặc chôn cất. Quý vị cũng có thể ghi lại lựa chọn của mình về việc hiến tặng nội tạng.

Phần 4

Ghi lại **Lựa Chọn Sau Khi Quý Vị Qua Đời** có thể khiến quý vị cảm thấy khó khăn, nhưng sẽ giúp những người thân của quý vị làm theo mong muốn của quý vị trong khoảng thời gian nhiều cảm xúc.

Ghi lại các lựa chọn của quý vị về những gì xảy ra với quý vị khi quý vị qua đời và sau đó, sẽ giúp những người thân nhất của quý vị tôn trọng những điều quan trọng nhất đối với quý vị. Hãy dành một chút thời gian để suy nghĩ về những câu sau và nếu nhận thấy hữu ích, quý vị có thể tham khảo lại **Phần 2: Những Giá Trị & Niềm Tin của Tôi.**

Hãy nhớ: Nếu quý vị đang gặp khó khăn hoặc không có tất cả câu trả lời, hãy ghi lại những điều quý vị biết và tiếp tục.

1. Nếu tôi đang ở giai đoạn cuối của cuộc đời, tôi muốn những người thân của tôi biết rằng tôi muốn những điều sau đây xung quanh tôi (ví dụ: nghi lễ, hỗ trợ tinh thần, con người, âm nhạc, thức ăn, thú cưng, v.v.):

(1. If I am at the end of my life, I want my loved ones to know that I would like the following around me [for example, rituals, spiritual support, people, music, food, pets, etc.])

*Các lựa chọn của tôi là ...
(My preferences are...)*

Họ và Tên (Full Name): _____

Số Hồ Sơ Y Tế (Medical Record #): _____

Vui lòng liệt kê mọi sự sắp xếp trước (chẳng hạn như nhà xác, nghĩa trang, hiến tặng cơ thể của quý vị cho khoa học) mà quý vị muốn thực hiện.

2. Sau khi qua đời, lựa chọn của tôi về cách tôi muốn thi thể mình được đối xử (tang lễ, tưởng niệm, chôn cất hoặc bất kỳ truyền thống tôn giáo hoặc tâm linh nào khác) được liệt kê dưới đây.

(2. After death, my preferences for how I want my body to be treated [funeral, memorial, burial, or any other religious or spiritual traditions] are listed below.)

*Các lựa chọn của tôi là ...
(My preferences are...)*

Họ và Tên (Full Name): _____

Số Hồ Sơ Y Tế (Medical Record #): _____

Lựa chọn về hiến tặng các cơ quan nội tạng, các mô và/hoặc các bộ phận cơ thể.

Chọn **một** tùy chọn cho việc hiến tặng bộ phận cơ thể.

3. Khi tôi qua đời, tôi muốn hiến tặng các cơ quan nội tạng, các mô và/hoặc các bộ phận cơ thể.

(3. Upon my death, I want to donate my organs, tissues, and/or body parts.)

Có

(Yes)

Bằng cách chọn ô ở trên và bất kể lựa chọn của tôi trong **Phần 3: Chọn Các Lựa Chọn Chăm Sóc Sức Khỏe của Tôi cho Giai Đoạn Cuối Đời**, tôi cho phép người đại diện chăm sóc sức khỏe của mình đồng ý với bất kỳ thủ thuật y tế tạm thời nào chỉ cần thiết để đánh giá và/hoặc duy trì các quan nội tạng, các mô và/hoặc các bộ phận cơ thể cho mục đích hiến tặng.

(By checking the box above, and regardless of my choice in **Part 3: Choosing My Health Care Preferences for End of Life**, I authorize my health care agent to consent to any temporary medical procedure necessary solely to evaluate and/or maintain my organs, tissues, and/or parts for purposes of donation.)

Chọn **nhều** tùy chọn phù hợp:

(Choose **as many** options as applies:)

Tôi muốn hiến tặng các cơ quan nội tạng, các mô và/hoặc các bộ phận cơ thể của mình cho các mục đích sau:

(I want to donate my organs for the following purposes:)

Cấy Ghép
(Transplant)

Trị liệu
(Therapy)

Nghiên cứu
(Research)

Giáo dục
(Education)

Tôi muốn hạn chế việc hiến tặng các cơ quan nội tạng, các mô và/hoặc các bộ phận cơ thể của mình như được chỉ định bên dưới:

(I want to restrict my donation of organs, tissues, and/or body parts as indicated below:)

Tôi muốn hạn chế...
(I would like to restrict...)

Không

(No)

Tôi không chắc

(I'm not sure)

Họ và Tên (Full Name): _____

Số Hồ Sơ Y Tế (Medical Record #): _____

**Nếu tôi để trống phần này, không có nghĩa là tôi từ chối việc hiến tặng các cơ quan nội tạng, các mô và/hoặc các bộ phận cơ thể.
(If I leave this part blank, it is not a refusal to donate my organs.)**

Việc tôi đăng ký hiến tặng được tiểu bang cho phép cần phải được tuân theo, hoặc nếu không, người ra quyết định được công nhận hợp pháp của tôi được nêu trong Phần 1 có thể thực hiện việc hiến tặng khi tôi qua đời. Nếu không có người đại diện chăm sóc sức khỏe nào được nêu tên, tôi xác nhận rằng luật pháp California cho phép một người được ủy quyền thay mặt tôi đưa ra quyết định như vậy.

(My state-authorized donor registration should be followed, or, if none, my legally recognized decision maker listed in Part 1 may make a donation upon my death. If no health care agent is named, I acknowledge that California law permits an authorized individual to make such a decision on my behalf.)

Làm Cho Tài Liệu này Hợp Lệ Về Mặt Pháp Lý (Making This Document Legally Valid)

Phần này cho phép Bản Tiền Chỉ Thị Về Chăm Sóc Y Tế của quý vị có giá trị pháp lý tại Tiểu Bang California. Để tài liệu này có giá trị pháp lý, **(1) quý vị phải ký tên VÀ (2) phải có chữ ký của hai người làm chứng HOẶC được xác nhận trước sự chứng kiến của một Công Chứng Viên.**

Phần 5

Việc tuân theo các yêu cầu pháp lý đảm bảo rằng tất cả công việc và suy nghĩ mà quý vị đưa vào AHCD này sẽ có giá trị. Hãy nhớ rằng, nếu quý vị muốn thay đổi điều gì đó sau này, chỉ cần hoàn thành một AHCD khác.

Ký tên ở cuối trang này VÀ chọn MỘT trong những điều sau để làm cho tài liệu này có giá trị pháp lý ở Tiểu Bang California:

HAI NGƯỜI LÀM CHỨNG

- Một trong hai người làm 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.
- Người đại diện chăm sóc sức khỏe chính và thay thế của quý vị (người ra quyết định) KHÔNG thể ký tên làm người làm chứng.
- Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị hoặc nhân viên của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe KHÔNG được ký tên làm người làm chứng
- Khi quý vị ở cùng với người làm chứng, hãy ký tên hoặc xác nhận chữ ký của mình.
- Người làm chứng sẽ ký vào trang 24.

HOẶC

NOTARY PUBLIC

- **KHÔNG** ký tên vào tài liệu này trừ khi quý vị ở cùng với một NOTARY PUBLIC.
- NOTARY PUBLIC sẽ ký vào trang 27.

Tiếp tục đến trang tiếp theo để xem các yêu cầu về người làm chứng và công chứng.

Họ và Tên (Full Name): _____
Số Hồ Sơ Y Tế (Medical Record #): _____

Quý vị ký tên ở đây.

Xin hãy tiếp tục!
Đề tài liệu này
có giá trị pháp
lý ở Tiểu Bang
California, quý
vị cũng phải có
người làm chứng
hoặc công chứng
cho tài liệu này.

**Chữ Ký của Tôi
(My Signature)**

*Tên tôi được viết in hoa
(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.)

Tiếp tục đến trang tiếp theo để xem các yêu cầu về người làm chứng và công chứng.

Họ và Tên (Full Name): _____

Số Hồ Sơ Y Tế (Medical Record #): _____

Chọn HAI NHÂN
CHỨNG.

Tôi chọn HAI NHÂN CHỨNG để làm cho tài liệu này có giá trị pháp lý ở California.

TUYÊN BỐ CỦA NGƯỜI LÀM CHỨNG: Tôi tuyên bố sẽ chịu hình phạt về tội khai man theo luật pháp California: (1) Người đã ký tên hoặc xác nhận Bản Chỉ Dẫn Trước về Chăm Sóc Sức Khỏe này được người mà tôi biết hoặc danh tính của người đó đã được chứng minh trước tôi bằng bằng chứng thuyết phục, (2) Người đã ký tên hoặc xác nhận Bản Chỉ Dẫn Trước về Chăm Sóc Sức Khỏe này với sự có mặt của tôi, (3) Người đó có ý thức tỉnh táo và không bị ép buộc, gian lận hoặc chịu ảnh hưởng quá mức, (4) Tôi không phải là người được chỉ định làm người đại diện theo Bản Chỉ Dẫn Trước về Chăm Sóc Sức Khỏe này, và (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 của người đó, người điều hành cơ sở chăm sóc cộng đồng, nhân viên của người điều hành cơ sở chăm sóc cộng đồng, người điều hành cơ sở chăm sóc nội trú cho người cao tuổi, cũng không phải là nhân viên của nhà điều hành cơ sở chăm sóc người cao tuổi.

Chữ ký của Người
Làm Chứng Số Một.

Người làm chứng số một:
(Witness number one:)

Tên
(Name)

Địa chỉ
(Address)

Chữ ký
(Signature)

Ngày
(Date)

Hãy nhớ rằng người đại diện chăm sóc sức khỏe không được làm người làm chứng.

Chữ ký của Người
Làm Chứng Số Hai.

Người làm chứng số hai:
(Witness number two:)

Tên
(Name)

Địa chỉ
(Address)

Chữ ký
(Signature)

Ngày
(Date)

Họ và Tên (Full Name): _____
Số Hồ Sơ Y Tế (Medical Record #): _____

Về mặt pháp lý, một trong những người làm chứng của quý vị không được có liên quan đến quý vị.

Tuyên Bố Bổ Sung của Người Làm Chứng: Ít nhất một trong những người làm chứng trên cũng phải ký tên vào tuyên bố sau: **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 Tiên 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.

(Additional Statement of Witnesses: At least one of the above witnesses must also sign the following declaration: **I further declare under penalty of perjury under the laws of California** that I am not related to the individual executing this Advance Health Care 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)

Ngày
(Date)

--	--

Họ và Tên (Full Name): _____

Số Hồ Sơ Y Tế (Medical Record #): _____

Chỉ ký tên nếu điều
này liên quan đến
quý vị.

Yêu Cầu Về Nhân Chứng Đặc Biệt

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.

(Special Witness Requirement)

(If you are a patient in a skilled nursing facility, the patient advocate or ombudsman must sign the following statement.)

TUYÊN BỐ CỦA NGƯỜI HỖ TRỢ BỆNH NHÂN HOẶC THANH TRA

VIÊN: Tôi tuyên bố theo hình phạt khai man theo luật của Tiểu Bang California rằng tôi là người hỗ trợ bệnh nhân hoặc thanh tra viên được Bộ Phụ trách Cao niên của Tiểu bang chỉ định và tôi đang làm nhân chứng theo yêu cầu của Mục 4675 của Bộ Luật Chứng Thực Di Sản của Tiểu Bang California.

(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.)

Chữ ký
(Signature)

Ngày
(Date)

Chọn một
NOTARY PUBLIC.

Tôi chọn một NOTARY PUBLIC thay vì hai nhân chứng.

ACKNOWLEDGMENT

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, _____
(insert name and title of the officer)

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.

Signature _____ (Seal)

Xin chúc mừng!
Quý vị sắp đi đến phần cuối tài liệu. Dưới đây là thêm một số điều cần lưu ý để kết thúc quá trình.

Các Bước Tiếp Theo (Next Steps)

Bạn đã hoàn thành Bản Chỉ Dẫn Trước về Chăm Sóc Sức Khỏe (AHCD) của mình, hãy sử dụng danh sách kiểm tra này để đảm bảo rằng quý vị thực hiện theo những bước cuối cùng này.

Cung cấp bản sao AHCD của quý vị

- Cho **người đại diện chăm sóc sức khỏe** (người ra quyết định) của quý vị và (những) người đại diện thay thế
- Mang đến cuộc hẹn đã được xếp lịch tiếp theo của quý vị **HOẶC Gửi bản sao qua đường bưu điện tới: Kaiser Permanente Central Scanning, 1011 S. East Street, Anaheim, CA 92805 HOẶC Email: SCALCentralized-Scanning-Center@kp.org**
- Giữ bản chính

Thảo luận AHCD của quý vị

- Nói chuyện với người đại diện chăm sóc sức khỏe (người ra quyết định) của quý vị về giá trị, niềm tin và lựa chọn về chăm sóc sức khỏe của quý vị. Sử dụng AHCD của quý vị để hướng dẫn cuộc trò chuyện và đảm bảo rằng họ cảm thấy có thể thực hiện vai trò này.
- Hãy đảm bảo cho những người thân yêu, gia đình và/hoặc bạn bè thân thiết của quý vị biết người mà quý vị đã chọn làm người đại diện chăm sóc sức khỏe của mình và lựa chọn về chăm sóc sức khỏe của quý vị là gì và tại sao.

Mang theo AHCD của quý vị cùng với quý vị

- Nếu quý vị đến bệnh viện hoặc nhà dưỡng lão, hãy mang theo bản sao AHCD của quý vị và yêu cầu đặt nó vào hồ sơ y tế của quý vị.

Xem lại AHCD thường xuyên

Xem lại AHCD bất cứ khi nào xảy ra bất kỳ trường hợp nào sau đây:

Thập kỷ — khi quý vị bắt đầu một thập kỷ mới trong cuộc đời quý vị

Tử vong — bất cứ khi nào quý vị trải nghiệm cái chết của một người thân yêu

Ly hôn/Kết hôn — khi quý vị trải qua một vụ ly hôn, kết hôn hoặc có sự thay đổi lớn khác trong gia đình

Chẩn bệnh — khi quý vị được chẩn bệnh về một bệnh trạng nghiêm trọng

Suy giảm — khi tình trạng sức khỏe hiện tại của quý vị suy giảm hoặc suy yếu đáng kể, đặc biệt nếu quý vị không thể tự sống một mình.

Hãy nhớ rằng: Quý vị có thể hủy hoặc thay đổi BẤT KỲ tùy chọn nào trong AHCD của mình vào bất kỳ thời điểm nào. Khi mọi thứ thay đổi trong cuộc sống hoặc sức khỏe của quý vị, quý vị có thể thay đổi người đại diện chăm sóc sức khỏe (người ra quyết định) của quý vị và lựa chọn y tế của quý vị. Quý vị phải thực hiện điều đó bằng văn bản và ký vào văn bản mới, hoặc quý vị có thể thông báo trực tiếp cho nhân viên chăm sóc sức khỏe của quý vị.



Thông tin này không nhằm mục đích chẩn đoán các vấn đề sức khỏe hoặc thay thế cho tư vấn hoặc chăm sóc y tế mà quý vị nhận được từ bác sĩ hoặc chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác. Nếu quý vị gặp các vấn đề về sức khỏe kéo dài, hoặc nếu quý vị có thắc mắc khác, vui lòng tham khảo ý kiến của bác sĩ.

Được phát triển bởi Spark, nhóm KPIT Innovation hợp tác với nhóm Lập Kế Hoạch Chăm Sóc Trọn Đời trong khu vực. Đặc biệt cảm ơn bộ phận Đạo Đức Sinh Học, bộ phận Pháp Chế SCPMG và những người có đóng góp quan trọng khác đã đưa ra hướng dẫn.

© Southern California Permanente Medical Group.

All rights reserved.

Bảo lưu mọi quyền.

SCAL-LCP 032V (07/21)

kp.org/lifecareplan