

Chỉ Thị Trước về Chăm Sóc Sức Khỏe tại California

California Advance Health Care Directive



VIETNAMESE & ENGLISH

- Văn kiện này giúp các bác sĩ biết các nguyện vọng về chăm sóc sức khỏe của quý vị

This form will let your doctors know your health care wishes

- Văn kiện này có 2 loại trang

This form has 2 types of pages

Các trang bên trái có Việt Ngữ và Anh Ngữ

Pages on the left have both Vietnamese and English

Các trang bên phải chỉ có Việt Ngữ

Pages on the right have only Vietnamese

Cả hai trang đều có nội dung **giống nhau**

Both pages say the **same thing**

- Hầu hết các bác sĩ đều chỉ đọc Anh Ngữ

Most doctors only read English

Vì vậy quý vị chỉ **điền** các trang có

Anh Ngữ và Việt Ngữ

So only **fill out** pages that have both **Vietnamese and English**

- Nếu cần giúp đỡ, gọi số 408-332-5579

If you need help, call 408-332-5579

VIỆT NGỮ

- Văn kiện này giúp các bác sĩ biết các nguyện vọng về chăm sóc sức khỏe của quý vị

- Văn kiện này có 2 loại trang

Các trang bên trái có Việt Ngữ và Anh Ngữ

Các trang bên phải chỉ có Việt Ngữ

Cả hai trang đều có nội dung **giống nhau**

- Hầu hết các bác sĩ đều chỉ đọc Anh Ngữ

Vì vậy quý vị chỉ **điền** các trang có

Anh Ngữ và Việt Ngữ

- Nếu cần giúp đỡ, gọi số 408-332-5579

Chỉ Thị Trước về Chăm Sóc Sức Khỏe Tại California

California Advance Health Care Directive

Văn kiện này giúp quý vị nói lên quý vị muốn được điều trị như thế nào nếu bị bệnh quá nặng.

This form lets you have a say about how you want to be treated if you get very sick.



Văn kiện này có ba phần, sẽ giúp quý vị:

This form has 3 parts. It lets you:

Phần 1: Chọn người đại diện về chăm sóc sức khỏe.

Part 1: Choose a health care agent.

Người đại diện về chăm sóc sức khỏe là người có thể đưa ra các quyết định về cách điều trị cho quý vị nếu quý vị bị bệnh quá nặng và không thể tự quyết định được.

A health care agent is a person who can make medical decisions for you if you are too sick to make them yourself.

Phần 2: Tự chọn cách chăm sóc sức khỏe.

Part 2: Make your own health care choices.

Văn kiện này giúp quý vị chọn cách điều trị mà quý vị muốn. Như vậy, những người chăm sóc cho quý vị không cần suy đoán xem quý vị muốn gì nếu quý vị bị bệnh quá nặng không thể nói lên được.

This form lets you choose the kind of health care you want. This way, those who care for you will not have to guess what you want if you are too sick to tell them yourself.

Phần 3: Ký tên vào văn kiện.

Part 3: Sign the form.

Văn kiện phải được ký tên đầy đủ mới có thể sử dụng được.

It must be signed before it can be used.

**Quý vị có thể chỉ điền Phần 1, hoặc Phần 2, hoặc điền cả hai phần.
Luôn luôn nhớ ký tên ở trang E9.**

You can fill out Part 1, Part 2, or both. Always sign the form on page E9.

2 nhân chứng phải ký tên ở trang E10, hoặc công chứng viên ký tên trang E11.

2 witnesses need to sign on page E10 or a notary public on page E11.

TÊN CỦA QUÝ VỊ: _____

YOUR NAME:

Lật sang trang kế

Go to the next page

E1

Chỉ Thị Trước về Chăm Sóc Sức Khỏe Tại California

Văn kiện này giúp quý vị nói lên quý vị muốn được điều trị như thế nào nếu bị bệnh quá nặng.

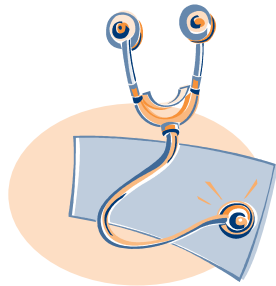


● Văn kiện này có ba phần, sẽ giúp quý vị:



Phần 1: Chọn người đại diện về chăm sóc sức khỏe.

Người đại diện về chăm sóc sức khỏe là người có thể đưa ra các quyết định về cách điều trị cho quý vị nếu quý vị bị bệnh quá nặng và không thể tự quyết định được.



Phần 2: Tự chọn cách chăm sóc sức khỏe.

Văn kiện này giúp quý vị chọn cách điều trị mà quý vị muốn. Như vậy, những người chăm sóc cho quý vị không cần suy đoán xem quý vị muốn gì nếu quý vị bệnh quá nặng không thể nói lên được.



Phần 3: Ký tên vào văn kiện.

Văn kiện phải được ký tên đầy đủ mới có thể sử dụng được.

Quý vị có thể chỉ điền Phần 1, hoặc Phần 2, hoặc điền cả hai phần.
Luôn luôn nhớ ký tên ở trang E9.

2 nhân chứng phải ký tên ở trang E10, hoặc công chứng viên ký tên trang E11.

TÊN CỦA QUÝ VỊ: _____

Lật sang trang kế

Nếu quý vị chỉ muốn chọn người đại diện về chăm sóc sức khỏe xem Phần 1 trang E3.

If you only want a health care agent, go to Part 1 on page E3.

Nếu quý vị chỉ muốn tự chọn cách chăm sóc sức khỏe xem Phần 2 trang E6.

If you only want to make your own health care choices, go to Part 2 on page E6.

Nếu muốn chọn cả hai thì quý vị điền vào Phần 1 và Phần 2.

If you want both, then fill out Part 1 and Part 2.

Luôn luôn nhớ ký tên vào Phần 3, trang E9.

Always sign the form in Part 3 on page E9.

2 nhân chứng phải ký tên ở trang E10, hoặc công chứng viên ký tên trang E11.

2 witnesses need to sign on page E10 or a notary public on page E11.

Tôi phải làm gì sau khi đã điền xong văn kiện này?

What do I do with the form after I fill it out?

Cho những người chăm sóc quý vị xem văn kiện này:

Share the form with those who care for you:

- các bác sĩ doctors
- gia đình và bạn thân family & friends
- các y tá nurses
- người đại diện về chăm sóc sức khỏe health care agent
- cán sự xã hội social workers



Nếu tôi đổi ý thì sao?

What if I change my mind?

- Điền vào một văn kiện mới. Fill out a new form.
- Cho những người chăm sóc quý vị biết về những sự thay đổi này. Tell those who care for you about your changes.
- Đưa văn kiện mới cho người đại diện chăm sóc sức khỏe và bác sĩ của quý vị. Give the new form to your health care agent and doctor.



Nếu tôi có câu hỏi về văn kiện này?

What if I have questions about the form?

- Hỏi các bác sĩ, y tá, cán sự xã hội, đại diện chăm sóc sức khỏe, thân nhân trong gia đình hoặc bạn thân để được giải đáp.

Bring it to your doctors, nurses, social workers, health care agent, family or friends to answer your questions.

Nếu cách điều trị tôi muốn chọn không có ghi trong văn kiện thì sao?

What if I want to make health care choices that are not on this form?

- Viết cách điều trị đó vào một miếng giấy. Write your choices on a piece of paper.
- Kèm miếng giấy đó vào văn kiện này. Keep the paper with this form.
- Cho những người chăm sóc quý vị biết về ý muốn này. Share your choices with those who care for you.



Nếu quý vị chỉ muốn chọn người đại diện về chăm sóc sức khỏe xem **Phần 1** trang E3.

Nếu quý vị chỉ muốn tự chọn cách chăm sóc sức khỏe xem **Phần 2** trang E6.

Nếu muốn chọn cả hai thì quý vị điền vào **Phần 1 và Phần 2**.

Luôn luôn nhớ ký tên vào Phần 3, trang E9.

2 nhân chứng phải ký tên ở trang E10, hoặc công chứng viên ký tên trang E11.

● Tôi phải làm gì sau khi đã điền xong văn kiện này?

Cho những người chăm sóc quý vị xem văn kiện này:

- các bác sĩ
- gia đình và bạn thân
- các y tá
- người đại diện về chăm sóc sức khỏe
- cán sự xã hội



● Nếu tôi đổi ý thì sao?

- Điền vào một văn kiện mới.
- Cho những người chăm sóc quý vị biết về những sự thay đổi này.
- Đưa văn kiện mới cho người đại diện chăm sóc sức khỏe và bác sĩ của quý vị.



● Nếu tôi có câu hỏi về văn kiện này?

- Hỏi các bác sĩ, y tá, cán sự xã hội, đại diện chăm sóc sức khỏe, thân nhân trong gia đình hoặc bạn thân để được giải đáp.

● Nếu cách điều trị tôi muốn chọn không có ghi trong văn kiện thì sao?

- Viết cách điều trị đó vào một miếng giấy.
- Kèm miếng giấy đó vào văn kiện này.
- Cho những người chăm sóc quý vị biết về ý muốn này.



PHẦN 1

Chọn Người Đại Diện về Chăm Sóc Sức Khỏe

PART 1

Choose your health care agent

Là người có thể quyết định cách điều trị cho quý vị nếu quý vị bệnh quá nặng và không thể tự quyết định.

The person who can make medical decisions for you if you are too sick to make them yourself.

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

Whom should I choose to be my health care agent?

Một thân nhân trong gia đình hoặc bạn thân, người này:

A family member or friend who:



- ít nhất là 18 tuổi
is at least 18 years old
- hiểu quý vị nhiều
knows you well
- có thể đến lúc quý vị cần
can be there for you when you need them
- là người quý vị tin tưởng sẽ làm những gì tốt nhất cho quý vị
you trust to do what is best for you
- có thể nói cho bác sĩ biết các quyết định của quý vị trong văn kiện này
can tell your doctors about the decisions you made on this form



Người đại diện cho quý vị **không thể** là bác sĩ của quý vị, hoặc người làm việc tại bệnh viện hoặc khoa khám bệnh, trừ trường hợp người này là thân nhân của quý vị.

Your agent cannot be your doctor or someone who works at your hospital or clinic, unless he/she is a family member.

Nếu tôi không chọn một người đại diện thì việc gì sẽ xảy ra?

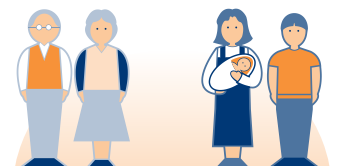
What will happen if I do not choose a health care agent?

Nếu quý vị bệnh quá nặng không thể tự quyết định, bác sĩ sẽ yêu cầu những thân nhân có liên hệ gần nhất của quý vị quyết định cho quý vị.

If you are too sick to make your own decisions, your doctors will ask your closest family members to make decisions for you.

Nếu quý vị muốn người đại diện không phải là thân nhân trong gia đình, quý vị phải viết tên người đó vào văn kiện này.

If you want your agent to be someone other than family, you must write his or her name on this form.



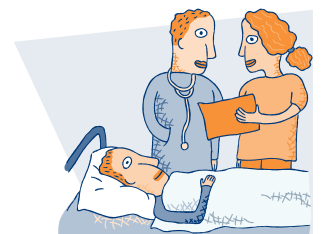
Người đại diện có thể quyết định những việc gì?

What kind of decisions can my health care agent make?

Đồng ý, từ chối, thay đổi, chấm dứt hoặc chọn:

Agree to, say no to, change, stop or choose:

- bác sĩ, y tá, cán sự xã hội doctors, nurses, social workers
- bệnh viện hoặc y viện hospitals or clinics
- các loại thuốc, xét nghiệm, hoặc cách điều trị medications, tests, or treatments
- cách giải quyết về cơ thể và các bộ phận trong cơ thể của quý vị sau khi chết
what happens to your body and organs after you die



Người đại diện phải làm đúng theo các quyết định về cách điều trị mà quý vị chọn ở Phần 2. Your agent will need to follow the health care choices you make in Part 2.

Lật sang trang kế

Go to the next page

E3

PHẦN 1

Chọn Người Đại Diện về Chăm Sóc Sức Khỏe

Là người có thể quyết định cách điều trị cho quý vị nếu quý vị bệnh quá nặng và không thể tự quyết định.

● Tôi nên chọn ai làm người đại diện về chăm sóc sức khỏe cho tôi?

Một thân nhân trong gia đình hoặc bạn thân, người này:



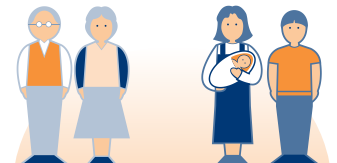
- ít nhất là 18 tuổi
- hiểu quý vị nhiều
- có thể đến lúc quý vị cần
- là người quý vị tin tưởng sẽ làm những gì tốt nhất cho quý vị
- có thể nói cho bác sĩ biết các quyết định của quý vị trong văn kiện này



Người đại diện cho quý vị **không thể** là bác sĩ của quý vị, hoặc người làm việc tại bệnh viện hoặc khoa khám bệnh, trừ trường hợp người này là thân nhân của quý vị.

● Nếu tôi không chọn một người đại diện thì việc gì sẽ xảy ra?

Nếu quý vị bệnh quá nặng không thể tự quyết định, bác sĩ sẽ yêu cầu những thân nhân có liên hệ gần nhất của quý vị quyết định cho quý vị.

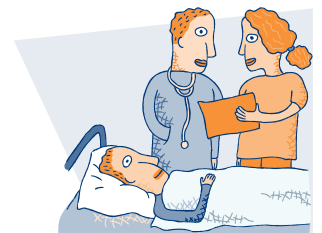


Nếu quý vị muốn người đại diện không phải là thân nhân trong gia đình, quý vị phải viết tên người đó vào văn kiện này.

● Người đại diện có thể quyết định những việc gì?

Đồng ý, từ chối, thay đổi, chấm dứt hoặc chọn:

- bác sĩ, y tá, cán sự xã hội
- bệnh viện hoặc y viện
- các loại thuốc, xét nghiệm, hoặc cách điều trị
- cách giải quyết về cơ thể và các bộ phận trong cơ thể của quý vị sau khi chết



Người đại diện phải làm đúng theo các quyết định về cách điều trị mà quý vị chọn ở Phần 2.

Những việc khác mà người đại diện có thể quyết định:

Other decisions your agent can make:

● Các biện pháp trợ sinh - biện pháp y khoa giúp quý vị kéo dài sự sống

Life support treatments - medical care to try to help you live longer

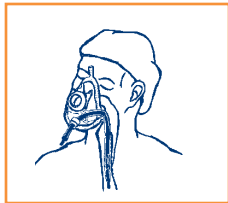
● Hồi Sinh Cấp Cứu Tim và Phổi (CPR)

cardio = tim (heart) ● pulmonary = phổi (lungs) ● resuscitation = hồi sinh (to bring back)



Kỹ thuật này bao gồm: This may involve:

- ấn mạnh trên ngực để tiếp tục bơm máu
pressing hard on your chest to keep your blood pumping
- dùng điện để kích thích tim đập trở lại
electrical shocks to jump start your heart
- truyền thuốc vào tĩnh mạch
medicines in your veins



● Máy thở hoặc trợ hô hấp Breathing machine or ventilator

Máy bơm không khí vào phổi và thở cho quý vị.

Quý vị sẽ không nói được khi gắn máy thở.

The machine pumps air into your lungs and breathes for you. You are not able to talk when on the machine.

● Lọc máu Dialysis

Máy sẽ lọc máu cho quý vị nếu thận ngưng hoạt động.

A machine that cleans your blood if your kidneys stop working.

● Đặt ống dinh dưỡng Feeding tube

Dùng ống để truyền chất dinh dưỡng nếu quý vị không thể nuốt được.

Ống được đặt vào miệng và xuống đến bao tử. Ống cũng có thể được đặt vào bằng cách giải phẫu.

A tube used to feed you if you cannot swallow. The tube is placed down your throat into your stomach. It can also be placed by surgery.



● Truyền máu Blood transfusions

Truyền máu vào tĩnh mạch. To put blood in your veins.

● Giải phẫu surgery

● Dùng thuốc Medicines

● Chăm sóc lúc cuối đời - nếu quý vị sắp qua đời, người đại diện có thể.

End of life care - if you might die soon your health care agent can:



- mời người lãnh đạo tinh thần đến cầu nguyện
call in a spiritual leader

- quyết định để quý vị qua đời tại nhà hoặc tại bệnh viện
decide if you die at home or in the hospital



Quý vị nên cho người đại diện xem văn kiện này.
Nói cho người đại diện biết quý vị muốn cách điều trị nào.
Show your health care agent this form. Tell your agent what kind of medical care you want.

Những việc khác mà người đại diện có thể quyết định:

● Các biện pháp trợ sinh - biện pháp y khoa giúp quý vị kéo dài sự sống

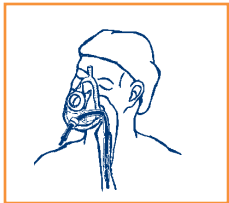
• Hồi Sinh Cấp Cứu Tim và Phổi (CPR)

cardio = tim • pulmonary = phổi • resuscitation = hồi sinh



Kỹ thuật này bao gồm:

- ấn mạnh trên ngực để tiếp tục bơm máu
- dùng điện để kích thích tim đập trở lại
- truyền thuốc vào tĩnh mạch



• Máy thở hoặc trợ hô hấp

Máy bơm không khí vào phổi và thở cho quý vị. Quý vị sẽ không nói được khi gắn máy thở.

• Lọc máu

Máy sẽ lọc máu cho quý vị nếu thận ngưng hoạt động.

• Đặt ống dinh dưỡng

Dùng ống để truyền chất dinh dưỡng nếu quý vị không thể nuốt được. Ống được đặt vào miệng và xuống đến bao tử. Ống cũng có thể được đặt vào bằng cách giải phẫu.



• Truyền máu

Truyền máu vào tĩnh mạch.

• Giải phẫu

• Dùng thuốc

● Chăm sóc lúc cuối đời - nếu quý vị sắp qua đời, người đại diện có thể.



- mời người lãnh đạo tinh thần đến cầu nguyện
- quyết định để quý vị qua đời tại nhà hoặc tại bệnh viện



Quý vị nên cho người đại diện xem văn kiện này.
Nói cho người đại diện biết quý vị muốn cách điều trị nào.

Người Đại Diện Về Chăm Sóc Sức Khỏe

Your Health Care Agent



- Tôi muốn người này quyết định việc điều trị bệnh cho tôi. Viết điều này trên trang E5.**
I want this person to make my medical decisions. Write this on page E5.

tên (first name)

họ (last name)

địa chỉ (street address)

thành phố (city)

tiểu bang (state)

số vùng (zip code)

() -

() -

số điện thoại nhà (home phone number)

số điện thoại sở làm (work phone number)

- Nếu người thứ nhất không thể quyết định, tôi muốn người này quyết định việc điều trị bệnh cho tôi.** If the first person cannot do it, then I want this person to make my medical decisions.

tên (first name)

họ (last name)

địa chỉ (street address)

thành phố (city)

tiểu bang (state)

số vùng (zip code)

() -

() -

số điện thoại nhà (home phone number)

số điện thoại sở làm (work phone number)

- Đánh dấu X cạnh câu nào đúng theo ý muốn của quý vị. Viết điều này trên trang E5.**
Put an X next to the sentence you agree with. Mark this on page E5.

Người đại diện có thể quyết định cho tôi ngay sau khi tôi ký tên vào văn kiện này.
My health care agent can make decisions for me right after I sign this form.

Người đại diện **chỉ** được quyền quyết định cho tôi khi nào tôi không thể tự quyết định.
My health care agent will make decisions for me only after I cannot make my own decisions.

- Quý vị có thể viết những điều mà quý vị chọn vào văn kiện này. Quý vị muốn người đại diện làm theo ý muốn này như thế nào? Đánh dấu X một câu quý vị đồng ý nhất. Viết điều này trên trang E5.**

You may write down your health care choices on this form. How do you want your health care agent to follow these choices?
Put an X next to the one sentence you most agree with. Write this on page E5.

Tôi muốn người đại diện thảo luận với bác sĩ và dùng trí xét đoán một cách tốt nhất. Người đại diện **CÓ THỂ** làm theo ý muốn của tôi trong văn kiện này như một hướng dẫn tổng quát.
I want my health care agent to work with my doctors and to use her/his best judgment. It is OK for my agent to follow my health care choices on this form as a general guide.

Có thể xem ý muốn của tôi như một sự hướng dẫn tổng quát, tuy nhiên có những điều tôi không muốn có sự thay đổi: Even though it is OK to follow my choices as a general guide, there are some choices I do not want changed:

Tôi muốn người đại diện làm theo ý muốn của tôi trong văn kiện này một cách chính xác. Tôi không bao giờ muốn người đại diện thay đổi những điều tôi chọn, ngay cả khi bác sĩ nghĩ rằng điều này không tốt cho tôi. I want my health care agent to follow my health care choices on this form exactly. I never want my agent to change my choices, even if the doctors think this is not good for me.

Muốn tự chọn phương cách điều trị xem Phần 2 ở trang kế. To make your own health care choices, go to Part 2 on the next page.

Muốn ký tên vào văn kiện này xem Phần 3 ở trang E9. To sign this form, go to Part 3 on page E9.

E5

Người Đại Diện Về Chăm Sóc Sức Khỏe



- Tôi muốn người này quyết định việc điều trị bệnh cho tôi. Viết điều này trên trang E5.

tên _____ họ _____

địa chỉ _____ thành phố _____ tiểu bang _____ số vùng _____
 () - () -

số điện thoại nhà _____ số điện thoại sở làm _____

- Nếu người thứ nhất không thể quyết định, tôi muốn người này quyết định việc điều trị bệnh cho tôi.

tên _____ họ _____

địa chỉ _____ thành phố _____ tiểu bang _____ số vùng _____
 () - () -

số điện thoại nhà _____ số điện thoại sở làm _____

- Đánh dấu X cạnh câu nào đúng theo ý muốn của quý vị. Viết điều này trên trang E5.

- Người đại diện có thể quyết định cho tôi ngay sau khi tôi ký tên vào văn kiện này.
- Người đại diện **chỉ** được quyền quyết định cho tôi khi nào tôi không thể tự quyết định.

- Quý vị có thể viết những điều mà quý vị chọn vào văn kiện này. Quý vị muốn người đại diện làm theo ý muốn này như thế nào? Đánh dấu X một câu quý vị đồng ý nhất. Viết điều này trên trang E5.

- Tôi muốn người đại diện thảo luận với bác sĩ và dùng trí xét đoán một cách tốt nhất. Người đại diện CÓ THỂ làm theo ý muốn của tôi trong văn kiện này như một hướng dẫn tổng quát.

Có thể xem ý muốn của tôi như một sự hướng dẫn tổng quát, tuy nhiên có những điều tôi không muốn có sự thay đổi:

- Tôi muốn người đại diện làm theo ý muốn của tôi trong văn kiện này một cách chính xác. Tôi không bao giờ muốn người đại diện thay đổi những điều tôi chọn, ngay cả khi bác sĩ nghĩ rằng điều này không tốt cho tôi.

Muốn tự chọn phương cách điều trị xem Phần 2 ở trang kế.

Muốn ký tên vào văn kiện này xem Phần 3 ở trang E9.

PHẦN 2

Tự quyết định cách chăm sóc sức khỏe

PART 2

Make your own health care choices

Viết xuống ý muốn của quý vị để những người chăm sóc quý vị không cần phải suy đoán.
Viết các câu trả lời trên trang E6.

Write down your choices so those who care for you will not have to guess. Write your answers on page E6.

Hãy nghĩ xem điều gì sẽ làm cuộc đời của quý vị đáng sống.
Think about what makes your life worth living.

Cuộc đời tôi **chỉ** đáng sống nếu tôi có thể:

My life is only worth living if I can:

Đánh dấu X bên cạnh **tất cả** những câu đúng theo
ý muốn của quý vị trên trang E6.

Put an X next to all the sentences you agree with on page E6.

- nói chuyện được với gia đình hoặc các bạn talk to family or friends
- tỉnh lại, không bị hôn mê wake up from a coma
- tự ăn uống, tắm rửa và chăm sóc bản thân feed, bathe, or take care of myself
- không bị đau đớn be free from pain
- sống mà không bị gắn liền vào các máy live without being hooked up to machines
- tôi không biết chắc tôi muốn gì I am not sure



hoặc
or

Cuộc đời tôi lúc nào cũng đáng sống dù tôi bị bệnh nặng như thế nào.

My life is always worth living no matter how sick I am.

Trong giờ phút hấp hối, điều quan trọng là tôi được ở:

If I am dying, it is important for me to be:

tại nhà
at home

tại bệnh viện
in the hospital

tôi không biết chắc
I am not sure

Tôn giáo và tâm linh có quan trọng đối với quý vị không?

Is religion or spirituality important to you?

có
no

không
yes

Nếu có, quý vị theo đạo nào?

If you have one, what is your religion? _____

Quý vị muốn cho bác sĩ biết gì về tôn giáo và tâm linh của quý vị?

What should your doctors know about your religion or spirituality?

**Nếu quý vị bị bệnh, bác sĩ và y tá sẽ luôn luôn giúp cho quý vị được
thoải mái và không đau đớn.**

If you are sick, your doctors and nurses will always try to keep you comfortable and free from pain.



PHẦN 2

Tự quyết định cách chăm sóc sức khỏe

Viết xuống ý muốn của quý vị để những người chăm sóc quý vị không cần phải suy đoán. Viết các câu trả lời trên trang E6.

● Hãy nghĩ xem điều gì sẽ làm cuộc đời của quý vị đáng sống.

Cuộc đời tôi **chỉ** đáng sống nếu tôi có thể:

Đánh dấu X bên cạnh **tất cả** những câu đúng theo ý muốn của quý vị trên trang E6.

- nói chuyện được với gia đình hoặc các bạn
- tỉnh lại, không bị hôn mê
- tự ăn uống, tắm rửa và chăm sóc bản thân
- không bị đau đớn
- sống mà không bị gắn liền vào các máy
- tôi không biết chắc tôi muốn gì

hoặc

Cuộc đời tôi lúc nào cũng đáng sống dù tôi bị bệnh nặng như thế nào.

● Trong giờ phút hấp hối, điều quan trọng là tôi được ở:

- tại nhà tại bệnh viện tôi không biết chắc

● Tôn giáo và tâm linh có quan trọng đối với quý vị không?

- có không Nếu có, quý vị theo đạo nào?

● Quý vị muốn cho bác sĩ biết gì về tôn giáo và tâm linh của quý vị?

Nếu quý vị bị bệnh, bác sĩ và y tá sẽ luôn luôn giúp cho quý vị được thoải mái và không đau đớn.



Các biện pháp trợ sinh được áp dụng để giữ cho quý vị sống. Các biện pháp này có thể là CPR, máy trợ hô hấp, đặt ống dinh dưỡng, lọc máu, truyền máu hoặc dùng thuốc.

Life support treatments are used to try to keep you alive. These can be CPR, a breathing machine, feeding tubes, dialysis, blood transfusions, or medicine.

Đánh dấu X bên cạnh biện pháp nào mà quý vị đồng ý nhất.

Put an X next to the one choice you most agree with.

Xin quý vị đọc hết trang này trước khi chọn một câu trả lời.

Please read this whole page before you make your choice.

Đánh dấu câu trả lời trên trang E7.

Mark your answers on page E7.

● Nếu tôi bị bệnh quá nặng đến mức độ có thể sắp chết:

If I am so sick that I may die soon:

Hãy áp dụng mọi biện pháp trợ sinh mà bác sĩ tin rằng có thể giữ cho tôi sống.

Try all life support treatments that my doctors think might help.

Nếu các biện pháp đều không hiệu quả và ít có hy vọng sống còn, tôi muốn được gắn liền vào máy để duy trì sự sống.

If the treatments do not work and there is little hope of getting better, I want to stay on life support machines.

hoặc

Hãy áp dụng mọi biện pháp trợ sinh mà bác sĩ tin rằng có thể giữ cho tôi sống.

Try all life support treatments that my doctors think might help.

Nếu các biện pháp đều không hiệu quả và ít có hy vọng sống còn, tôi không muốn gắn liền vào máy để duy trì sự sống.

If the treatments do not work and there is little hope of getting better, I do not want to stay on life support machines.

hoặc

Hãy áp dụng mọi biện pháp trợ sinh mà bác sĩ tin rằng có thể duy trì sự sống ngoại trừ các phương cách này.

Try all life support treatments that my doctors think might help but not these treatments.

Đánh dấu những gì quý vị không muốn.

Mark what you do not want.

hồi sinh cấp cứu (CPR) CPR

đặt ống dinh dưỡng feeding tube

lọc máu dialysis

truyền máu blood transfusion

gắn máy thở breathing machine

dùng thuốc medicine

biện pháp khác _____

other treatments

hoặc

Tôi không muốn áp dụng bất cứ biện pháp trợ sinh nào.

I do not want any life support treatments.

hoặc

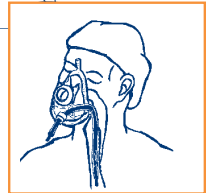
Tôi muốn người đại diện về chăm sóc sức khỏe của tôi quyết định cho tôi.

I want my health care agent to decide for me.

hoặc

Tôi không biết chắc.

I am not sure.



Lật sang trang kế

Go to the next page

E7

Các biện pháp trợ sinh được áp dụng để giữ cho quý vị sống. Các biện pháp này có thể là CPR, máy trợ hô hấp, đặt ống dinh dưỡng, lọc máu, truyền máu hoặc dùng thuốc.

Đánh dấu X bên cạnh biện pháp nào mà quý vị đồng ý nhất.

Xin quý vị đọc hết trang này trước khi chọn một câu trả lời.

Đánh dấu câu trả lời trên trang E7.

● Nếu tôi bị bệnh quá nặng đến mức độ có thể sắp chết:

- Hãy áp dụng mọi biện pháp trợ sinh mà bác sĩ tin rằng có thể giữ cho tôi sống.

Nếu các biện pháp đều **không hiệu quả** và ít có hy vọng sống còn, **tôi muốn được** gắn liền vào máy để duy trì sự sống.

hoặc

- Hãy áp dụng mọi biện pháp trợ sinh mà bác sĩ tin rằng có thể giữ cho tôi sống.

Nếu các biện pháp đều **không hiệu quả** và ít có hy vọng sống còn, **tôi không muốn** gắn liền vào máy để duy trì sự sống.

hoặc

- Hãy áp dụng mọi biện pháp trợ sinh mà bác sĩ tin rằng có thể duy trì sự sống **ngoại trừ** các phương cách này.

Đánh dấu những gì quý vị **không muốn**.

- | | |
|----------------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="radio"/> hồi sinh cấp cứu (CPR) | <input type="radio"/> đặt ống dinh dưỡng |
| <input type="radio"/> lọc máu | <input type="radio"/> truyền máu |
| <input type="radio"/> gắn máy thở | <input type="radio"/> dùng thuốc |
| <input type="radio"/> biện pháp khác _____ | |

hoặc

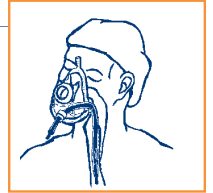
- Tôi không muốn** áp dụng bất cứ biện pháp trợ sinh nào.

hoặc

- Tôi muốn người **đại diện về chăm sóc sức khỏe** của tôi quyết định cho tôi.

hoặc

- Tôi không biết chắc.



Bác sĩ có thể hỏi về việc hiến tặng bộ phận trong cơ thể hoặc giải phẫu tử thi sau khi quý vị qua đời. Xin cho chúng tôi biết ý muốn của quý vị.

Your doctors may ask about organ donation and autopsy after you die. Please tell us your wishes.

Đánh dấu X bên cạnh những câu nào quý vị đồng ý nhiều nhất.

Put an X next to the one choice you most agree with.

Đánh dấu câu trả lời trên trang E8. Mark your answers on page E8.

Hiến tặng (cho) các bộ phận của quý vị có thể cứu mạng người khác.

Donating (giving) your organs can help save lives.

Tôi **muốn** hiến tặng các bộ phận trong cơ thể của tôi.

I want to donate my organs.

Quý vị muốn tặng bộ phận nào?

Which organs do you want to donate?

bất cứ bộ phận nào any organ

chỉ tặng only _____

Tôi **không muốn** hiến tặng các bộ phận trong cơ thể của tôi.

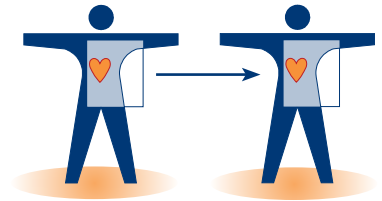
I do not want to donate my organs.

Tôi muốn người **đại diện về chăm sóc sức khỏe** của tôi quyết định.

I want my health care agent to decide.

Tôi không biết chắc.

I am not sure.



Thủ tục khám nghiệm tử thi có thể được thực hiện sau khi một người qua đời để biết tại sao người đó qua đời. An autopsy can be done after death to find out why someone died.

Khám nghiệm được thực hiện bằng cách giải phẫu. Thủ tục này có thể mất vài ngày.

It is done by surgery. It can take a few days.

Tôi **muốn** giải phẫu tử thi của tôi.

I want an autopsy.

Tôi **không muốn** giải phẫu tử thi của tôi.

I do not want an autopsy.

Tôi muốn giải phẫu tử thi nếu có nghi vấn về cái chết của tôi.

I want an autopsy if there are questions about my death.

Tôi muốn người **đại diện chăm sóc sức khỏe** của tôi quyết định.

I want my health care agent to decide.

Tôi không biết chắc.

I am not sure.



Quý vị muốn bác sĩ làm gì với cơ thể của quý vị sau khi quý vị qua đời?

What should your doctors know about how you want your body to be treated after you die?



Bác sĩ có thể hỏi về việc hiến tặng bộ phận trong cơ thể hoặc giải phẫu tử thi sau khi quý vị qua đời. Xin cho chúng tôi biết ý muốn của quý vị.

Đánh dấu X bên cạnh những câu nào quý vị đồng ý nhiều nhất.

Đánh dấu câu trả lời trên trang E8.

● Hiến tặng (cho) các bộ phận của quý vị có thể cứu mạng người khác.

Tôi **muốn** hiến tặng các bộ phận trong cơ thể của tôi.

Quý vị muốn tặng bộ phận nào?

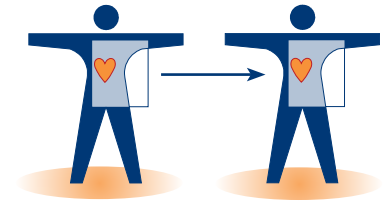
bất cứ bộ phận nào

chỉ tặng _____

Tôi **không muốn** hiến tặng các bộ phận trong cơ thể của tôi.

Tôi muốn người **đại diện về chăm sóc sức khỏe** của tôi quyết định.

Tôi không biết chắc.



● Thủ tục khám nghiệm tử thi có thể được thực hiện sau khi một người qua đời để biết tại sao người đó qua đời.

Khám nghiệm được thực hiện bằng cách giải phẫu. Thủ tục này có thể mất vài ngày.

Tôi **muốn** giải phẫu tử thi của tôi.

Tôi **không muốn** giải phẫu tử thi của tôi.

Tôi muốn giải phẫu tử thi nếu có nghi vấn về cái chết của tôi.

Tôi muốn người **đại diện chăm sóc sức khỏe** của tôi quyết định.

Tôi không biết chắc.



● Quý vị muốn bác sĩ làm gì với cơ thể của quý vị sau khi quý vị qua đời?



PHẦN 3

Ký tên văn kiện, trang E9

PART 3

Sign the form on page E9



Trước khi sử dụng văn kiện này, quý vị phải:

Before this form can be used, you must:

- Ký tên vào văn kiện, trang E9. Sign the form on page E9.
- Có hai nhân chứng ký tên vào văn kiện, trên trang E10. Have two witnesses sign on page E10.

Nếu không có nhân chứng, công chứng viên phải ký tên trên trang E11.

Nhiệm vụ của công chứng viên là chứng nhận chữ ký này là của quý vị.

If you do not have witnesses, a notary public must sign on page E11. A notary public's job is to make sure it is you signing the form.

Quý vị cần ký tên và ghi ngày trên trang E9. Sign your name and write the date on page E9.

ký tên của quý vị (sign your name)

ngày (date)

viết tên (chữ in) (print your first name)

họ (chữ in) (print your last name)

địa chỉ (street address)

thành phố (city)

tiểu bang (state)

số vùng (zip code)

Nhân chứng phải: Your witnesses must:

- trên 18 tuổi be over 18 years of age
- biết rõ quý vị know you
- nhìn thấy quý vị ký tên vào văn kiện này see you sign this form



Nhân chứng không thể: Your witnesses cannot:

- là người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị be your health care agent
- là bác sĩ của quý vị be your health care provider
- là người làm việc cho bác sĩ của quý vị work for your health care provider
- là người làm việc tại nơi quý vị đang ở (nếu quý vị ở trong nhà điều dưỡng, xem trang E12) work at the place that you live (if you live in a nursing home go to page E12)

Ngoài ra, một nhân chứng không thể: Also, one witness cannot:

- là người có quan hệ thân tộc với quý vị về bất cứ phương diện nào be related to you in any way
- là người thừa hưởng về tài chánh (tiền hoặc tài sản) sau khi quý vị qua đời benefit financially (get any money or property) after you die

Hai nhân chứng phải ký tên trên trang E10. Witnesses need to sign their names on page E10.

Nếu không có nhân chứng, quý vị phải mang văn kiện này đến văn phòng công chứng và yêu cầu công chứng viên ký tên ở trang E11.

If you do not have witnesses, take this form to a notary public and have them sign on page E11.

PHẦN 3 Ký tên văn kiện, trang E9



Trước khi sử dụng văn kiện này, quý vị phải:

- Ký tên vào văn kiện, trang E9.
- Có hai nhân chứng ký tên vào văn kiện, trên trang E10.

Nếu không có nhân chứng, công chứng viên phải ký tên trên trang E11.
Nhiệm vụ của công chứng viên là chứng nhận chữ ký này là của quý vị.

Quý vị cần ký tên và ghi ngày trên trang E9.

ký tên của quý vị

ngày

viết tên (chữ in)

họ (chữ in)

địa chỉ

thành phố

tiểu bang

số vùng

Nhân chứng phải:

- trên 18 tuổi
- biết rõ quý vị
- nhìn thấy quý vị ký tên vào văn kiện này



Nhân chứng không thể:

- là người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị
- là bác sĩ của quý vị
- là người làm việc cho bác sĩ của quý vị
- là người làm việc tại nơi quý vị đang ở (nếu quý vị ở trong nhà điều dưỡng, xem trang E12)

Ngoài ra, một nhân chứng không thể:

- là người có quan hệ thân tộc với quý vị về bất cứ phương diện nào
- là người thừa hưởng về tài chánh (tiền hoặc tài sản) sau khi quý vị qua đời

Hai nhân chứng phải ký tên trên trang E10.

Nếu không có nhân chứng, quý vị phải mang văn kiện này đến văn phòng công chứng và yêu cầu công chứng viên ký tên ở trang E11.

Yêu cầu hai nhân chứng ký tên và ghi ngày trên trang E10

Have your witnesses sign their names and write the date on page E10

Qua chữ ký, tôi cam đoan rằng _____ đã ký tên vào văn kiện này với sự chứng kiến của tôi. By signing, I promise that _____ signed this form while I watched.

(tên)

(name)



Người này suy nghĩ rõ ràng và không bị ép buộc phải ký tên vào văn kiện này.

He/she was thinking clearly and was not forced to sign it.

Tôi cũng cam đoan rằng: I also promise that:

- Tôi quen biết người này hoặc người này có thể chứng minh họ là ai I know him/her or this person could prove who he/she was
- Tôi 18 tuổi hoặc lớn hơn I am 18 years or older
- Tôi không phải là người đại diện chăm sóc sức khỏe của người này I am not his/her health care agent
- Tôi không phải là bác sĩ điều trị cho người này I am not his/her health care provider
- Tôi không làm việc cho bác sĩ của người này I do not work for his/her health care provider
- Tôi không làm việc tại nơi người này đang ở I do not work where he/she lives

Một nhân chứng cũng phải cam đoan rằng: One witness must also promise that:

- Tôi không có liên hệ với người này qua huyết thống, hôn nhân, hoặc thừa nhận I am not related to him/her by blood, marriage, or adoption
- Tôi sẽ không thừa hưởng về tài chánh (nhận tiền hoặc tài sản) sau khi người này qua đời I will not benefit financially (get any money or property) after he/she dies

Nhân Chứng #1: Ký tên trên trang E10. Witness #1: Sign on page E10.

ký tên (sign your name)

ngày (date)

viết tên (chữ in) (print your first name)

họ (chữ in) (print your last name)

địa chỉ (street address)

thành phố (city)

tiểu bang (state)

số vùng (zip code)

Nhân Chứng #2: Ký tên trên trang E10. Witness #2: Sign on page E10.

ký tên (sign your name)

ngày (date)

viết tên (chữ in) (print your first name)

họ (chữ in) (print your last name)

địa chỉ (street address)

thành phố (city)

tiểu bang (state)

số vùng (zip code)

Bây giờ thì quý vị đã hoàn tất văn kiện này.

You are now done with this form.



Quý vị hãy cho bác sĩ, y tá, cán sự xã hội, bạn thân, gia đình và người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị xem văn kiện này.

Share this form with your doctors, nurses, social workers, friends, family, and health care agent.

Thảo luận với họ về những điều quý vị đã chọn.

Talk with them about your choices.



E10

Yêu cầu hai nhân chứng ký tên và ghi ngày trên trang E10

Qua chữ ký, tôi cam đoan rằng _____ đã ký tên vào văn kiện này với sự chứng kiến của tôi.

(tên)



Người này suy nghĩ rõ ràng và không bị ép buộc phải ký tên vào văn kiện này.

Tôi cũng cam đoan rằng:

- Tôi quen biết người này hoặc người này có thể chứng minh họ là ai
- Tôi 18 tuổi hoặc lớn hơn
- Tôi không phải là người đại diện chăm sóc sức khỏe của người này
- Tôi không phải là bác sĩ điều trị cho người này
- Tôi không làm việc cho bác sĩ của người này
- Tôi không làm việc tại nơi người này đang ở

Một nhân chứng cũng phải cam đoan rằng:

- Tôi không có liên hệ với người này qua huyết thống, hôn nhân, hoặc thừa nhận
- Tôi sẽ không thừa hưởng về tài chánh (nhận tiền hoặc tài sản) sau khi người này qua đời

● Nhân Chứng #1: Ký tên trên trang E10.

ký tên

ngày

viết tên (chữ in)

họ (chữ in)

địa chỉ

thành phố

tiểu bang

số vùng

● Nhân Chứng #2: Ký tên trên trang E10.

ký tên

ngày

viết tên (chữ in)

họ (chữ in)

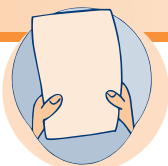
địa chỉ

thành phố

tiểu bang

số vùng

Bây giờ thì quý vị đã hoàn tất văn kiện này.



Quý vị hãy cho bác sĩ, y tá, cán sự xã hội, bạn thân, gia đình và người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị xem văn kiện này.



Thảo luận với họ về những điều quý vị đã chọn.



CÔNG CHỨNG VIÊN

Notary Public

- Quý vị **chỉ** mang văn kiện này đến công chứng viên nếu không có hai nhân chứng ký tên vào văn kiện này.
Take this form to a notary public only if two witnesses have not signed this form.

- Mang theo thẻ căn cước có hình quý vị (bằng lái xe, hộ chiếu, vv...)
Bring photo I.D. (driver's license, passport, etc.)



CERTIFICATE OF ACKNOWLEDGEMENT OF NOTARY PUBLIC

State of California

County of _____

On _____ before me, _____, personally
Date Here insert name and title of the officer
appeared _____
Name(s) of Signer(s)

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 _____
Signature of Notary Public

Description of Attached Document

Title or Type of document: _____

Date: _____ Number of pages: _____

Capacity(ies) Claimed by Signer(s)

Signer's Name: _____

- Individual
- Guardian or conservator
- Other _____

RIGHT THUMBPRINT
OF SIGNER

Top of thumb here

(Notary Seal)

Bây giờ thì quý vị đã hoàn tất văn kiện này.

You are now done with this form.

Quý vị hãy cho bác sĩ, y tá, cán sự xã hội, bạn thân, gia đình và người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị xem văn kiện này.

Share this form with your doctors, nurses, social workers, friends, family, and health care agent.

Thảo luận với họ về những điều quý vị đã chọn.

Talk with them about your choices.



CÔNG CHỨNG VIÊN

- Quý vị **chỉ** mang văn kiện này đến công chứng viên nếu không có hai nhân chứng ký tên vào văn kiện này.
- Mang theo thẻ căn cước có hình quý vị (bằng lái xe, hộ chiếu, vv...)



CERTIFICATE OF ACKNOWLEDGEMENT OF NOTARY PUBLIC

State of California

County of _____

On _____ before me, _____, personally
Date Here insert name and title of the officer
 appeared _____
Name(s) of Signer(s)

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 _____
Signature of Notary Public

Description of Attached Document

Title or Type of document: _____

Date: _____ Number of pages: _____

Capacity(ies) Claimed by Signer(s)

Signer's Name: _____

- Individual
 Guardian or conservator
 Other _____

RIGHT THUMBPRINT
OF SIGNER

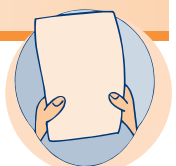
Top of thumb here

(Notary Seal)

Bây giờ thì quý vị đã hoàn tất văn kiện này.

Quý vị hãy cho bác sĩ, y tá, cán sự xã hội, bạn thân, gia đình và người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị xem văn kiện này.

Thảo luận với họ về những điều quý vị đã chọn.



Dành Riêng Cho Những Người Sống tại Nhà Điều Dưỡng Trong California

For California Nursing Home Residents ONLY

- Chỉ nộp văn kiện này cho giám đốc nhà điều dưỡng nếu quý vị sống tại nhà điều dưỡng.
Give this form to your nursing home director only if you live in a nursing home.
- Luật California quy định những người sống tại nhà điều dưỡng phải có viên chức thanh tra (ombudsman) của nhà điều dưỡng làm một nhân chứng cho các chỉ thị trước.
California law requires nursing home residents to have the nursing home ombudsman as a witness of advance directives.

LỜI TUYÊN BỐ CỦA NGƯỜI BỆNH VỰC BỆNH NHÂN HOẶC THANH TRA

STATEMENT OF THE PATIENT ADVOCATE OR OMBUDSMAN

“Tôi tuyên bố dưới sự chế tài về khai man của luật pháp California rằng tôi là một luật sư bệnh vực cho bệnh nhân hoặc là viên chức thanh tra theo sự ủy nhiệm của Department of Aging, và tôi đang làm nhân chứng theo luật định trong Đoạn 5 của ‘Probate Code’.”

“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.”

ký tên (sign your name)

ngày (date)

viết tên (chữ in) (print your first name)

họ (chữ in) (print your last name)

địa chỉ (street address)

thành phố (city)

tiểu bang (state)

số vùng (zip code)

Bản Chỉ Thị Trước này được thực hiện đúng theo California Probate Code, Section 4671-4675. <http://www.leginfo.ca.gov/calaw.html>
This advance directive is in compliance with the California Probate Code, Section 4671-4675. <http://www.leginfo.ca.gov/calaw.html>

Dự án này được cấp chứng chỉ dưới Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike License. Muốn xem tác quyền này, viếng trang web <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.0/> hoặc gửi thư về Creative Commons, 559 Nathan Abbott Way, Stanford, California 94305, USA.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike License. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.0/> or send a letter to Creative Commons, 559 Nathan Abbott Way, Stanford, California 94305, USA.

Tu chính ngày 18/01/2010

Tài liệu này được soạn thảo bởi Bác Sĩ Rebecca Sudore & Mahat Papartassee cho Sở Y Tế Công Cộng San Francisco
Designed by Rebecca Sudore, MD & Mahat Papartassee for the San Francisco Department of Public Health



Dành Riêng Cho Những Người Sống tại Nhà Điều Dưỡng Trong California

- Chỉ nộp văn kiện này cho giám đốc nhà điều dưỡng nếu quý vị sống tại nhà điều dưỡng.
- Luật California quy định những người sống tại nhà điều dưỡng phải có viên chức thanh tra (ombudsman) của nhà điều dưỡng làm một nhân chứng cho các chỉ thị trước.

LỜI TUYÊN BỐ CỦA NGƯỜI BÊN VỰC BỆNH NHÂN HOẶC THANH TRA

“Tôi tuyên bố dưới sự chế tài về khai man của luật pháp California rằng tôi là một luật sư bệnh vực cho bệnh nhân hoặc là viên chức thanh tra theo sự ủy nhiệm của Department of Aging, và tôi đang làm nhân chứng theo luật định trong Đoạn 5 của ‘Probate Code’.”

ký tên

ngày

viết tên (chữ in)

họ (chữ in)

địa chỉ

thành phố

tiểu bang

số vùng

Bản Chỉ Thị Trước này được thực hiện đúng theo California Probate Code, Section 4671-4675. <http://www.leginfo.ca.gov/calaw.html>

Dự án này được cấp chứng chỉ dưới Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike License. Muốn xem tác quyền này, viếng trang web <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.0/> hoặc gửi thư về Creative Commons, 559 Nathan Abbott Way, Stanford, California 94305, USA.

Tu chính ngày 18/01/2010

Tài liệu này được soạn thảo bởi Bác Sĩ Rebecca Sudore & Mahat Papartassee cho Sở Y Tế Công Cộng San Francisco

