

CHỈ THỊ TRƯỚC (BANG OREGON) ADVANCE DIRECTIVE (STATE OF OREGON)

Truy cập www.ohsu.edu/ADhelp để xem chỉ dẫn điền mẫu đơn này
(For instructions on how to complete this form, go to www.ohsu.edu/ADhelp)

Mẫu đơn này có thể được sử dụng ở Oregon để chọn một người đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho quý vị nếu quý vị không đủ sức khỏe để tự đưa ra ý kiến. Người này được gọi là người đại diện chăm sóc sức khỏe. Nếu quý vị không có chỉ định người đại diện chăm sóc sức khỏe hợp pháp và không đủ sức khỏe để tự đưa ra ý kiến, một người đại diện chăm sóc sức khỏe sẽ được chỉ định cho quý vị theo thứ tự ưu tiên được quy định tại ORS 127.635(2). (This form may be used in Oregon to choose a person to make health care decisions for you if you become too sick to speak for yourself. The person is called a health care representative. If you do not have an effective health care representative appointment and become too sick to speak for yourself, a health care representative will be appointed for you in the order of priority set forth in ORS 127.635(2).)

Mẫu đơn này cũng cho phép quý vị diễn tả nguyện vọng và niềm tin của quý vị về các quyết định chăm sóc sức khỏe và những lựa chọn của quý vị về chăm sóc sức khỏe. (This form also allows you to express your values and beliefs with respect to health care decisions and your preferences for health care.)

- Nếu quý vị đã lập chỉ thị trước trước đây, chỉ thị trước mới này sẽ vô hiệu hóa mọi chỉ thị trước trước đây. (If you have completed an advance directive in the past, this new advance directive will replace any older directive.)
- Quý vị phải ký vào mẫu đơn này để đơn có hiệu lực. Quý vị cũng phải có hai người làm chứng hoặc công chứng viên xác nhận đơn này. Sự chỉ định người chăm sóc sức khỏe của quý vị sẽ không có hiệu lực cho đến khi người chăm sóc sức khỏe chấp thuận sự chỉ định này. (You must sign this form for it to be effective. You must also have it witnessed by two witnesses or a notary. Your appointment of a health care representative is not effective until the health care representative accepts the appointment.)
- Nếu chỉ thị trước của quý vị có các chỉ thị về việc từ bỏ hỗ trợ sự sống hoặc cho ăn qua ống, quý vị có thể hủy bỏ di chúc y khoa này tại bất cứ thời điểm nào và bằng bất kỳ cách nào diễn tả được mong muốn đó. (If your advance directive includes directions regarding the withdrawal of life support or tube feeding, you may revoke your advance directive at any time and in any manner that expresses your desire to revoke it.)
- Trong tất cả các trường hợp khác, quý vị có thể hủy bỏ chỉ thị trước của quý vị bất cứ thời điểm nào và bằng bất kỳ cách nào miễn là quý vị có khả năng đưa ra quyết định y khoa. (In all other cases, you may revoke your advance directive at any time and in any manner as long as you are capable of making medical decisions.)



1. Giới Thiệu Bản Thân (About Me)

Tên (Name) _____ Ngày Sinh (Date of Birth) _____

Số điện thoại (Nhà) (Telephone Numbers (Home)) _____

Sở làm (Work) _____ Di động(Cell) _____

Địa chỉ (Address) _____

E-mail (E-mail) _____

2. Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe Của Tôi (My Health Care Representative)

Tôi chọn người dưới đây là người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi để đưa ra các quyết định chăm sóc sức khỏe thay tôi nếu tôi không thể tự đưa ra ý kiến. (I choose the following person as my health care representative to make health care decisions for me if I can't speak for myself.)

Tên (Name) _____ Mối quan hệ (Relationship) _____

Số điện thoại (Nhà) (Telephone Numbers (Home)) _____

Sở làm (Work) _____ Di động(Cell) _____

Địa chỉ (Address) _____

E-mail (E-mail) _____

Tôi chọn những người dưới đây là người đại diện chăm sóc sức khỏe thay thế nếu người đại diện chăm sóc sức khỏe thứ nhất của tôi không hiện diện để đưa ra các quyết định chăm sóc sức khỏe thay tôi hoặc nếu tôi hủy bỏ sự chỉ định dành cho người đại diện chăm sóc sức khỏe thứ nhất. (I choose the following people to be my alternate health care representatives if my first choice is not available to make health care decisions for me or if I cancel the first health care representative's appointment.)

NGƯỜI ĐẠI DIỆN CHĂM SÓC SỨC KHỎE THAY THẾ THỨ NHẤT (FIRST ALTERNATE HEALTH CARE REPRESENTATIVE)

Tên (Name) _____ Mối quan hệ (Relationship) _____

Số điện thoại (Nhà) (Telephone Numbers (Home)) _____

Sở làm (Work) _____ Di động(Cell) _____

Địa chỉ (Address) _____

E-mail (E-mail) _____

NGƯỜI ĐẠI DIỆN CHĂM SÓC SỨC KHỎE THAY THẾ THỨ HAI (SECOND ALTERNATE HEALTH CARE REPRESENTATIVE)

Tên (Name) _____ Mối quan hệ (Relationship) _____

Số điện thoại (Nhà) (Telephone Numbers (Home)) _____

Sở làm (Work) _____ Di động(Cell) _____

Địa chỉ (Address) _____

E-mail (E-mail) _____

3. Chỉ dẫn dành cho Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe của tôi (Instructions to my Health Care Representative)

NẾU QUÝ VỊ MUỐN ĐƯA RA CHỈ DẪN DÀNH CHO NGƯỜI ĐẠI DIỆN CHĂM SÓC SỨC KHỎE VỀ CÁC QUYẾT ĐỊNH CHĂM SÓC SỨC KHỎE CỦA QUÝ VỊ, HÃY KÝ TẮT VÀO BA TUYÊN BỐ SAU ĐÂY: (IF YOU WISH TO GIVE INSTRUCTIONS TO YOUR HEALTH CARE REPRESENTATIVE ABOUT YOUR HEALTH CARE DECISIONS, INITIAL ON OF THE FOLLOWING THREE STATEMENTS:)

_____ Trong phạm vi phù hợp, người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi phải tuân theo chỉ dẫn của tôi.
(To the extent appropriate, my health care representative must follow my instructions.)

_____ Chỉ dẫn của tôi là nguyên tắc hướng dẫn cho người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi cân nhắc khi đưa ra quyết định về chăm sóc cho tôi. (My instructions are guidelines for my health care representative to consider when making decisions about my care.)

_____ Chỉ dẫn khác (Other instructions) _____

4. Hướng Dẫn Về Chăm Sóc Cuối Đời Của Tôi (Directions Regarding My End of Life Care)

Khi điền vào hướng dẫn này, hãy ghi nhớ những điều sau đây: (In filling out these directions, keep the following in mind)

- Thuật ngữ “theo khuyến nghị của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi” có nghĩa là quý vị muốn nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị sử dụng hỗ trợ sự sống nếu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị tin rằng điều đó có thể hữu ích, và quý vị muốn nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị ngừng cung cấp hỗ trợ sự sống nếu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị tin rằng điều đó không giúp ích cho tình trạng sức khỏe hoặc triệu chứng của quý vị. (The term “as my health care provider recommends” means that you want your health care provider to use life support if your health care provider believes it could be helpful, and that you want your health care provider to discontinue life support if your health care provider believes it is not helping your health condition or symptoms.)
- Thuật ngữ “hỗ trợ sự sống” có nghĩa là bất kỳ điều trị y tế nào duy trì sự sống bằng cách hỗ trợ, phục hồi hoặc thay thế một chức năng quan trọng. (The term “life support” means any medical treatment that maintains life by sustaining, restoring or replacing a vital function.)
- Thuật ngữ “cho ăn qua ống” có nghĩa là thức ăn và nước uống được thực hiện nhân tạo. (The term “tube feeding” means artificially administered food and water.)
- Nếu quý vị từ chối cho ăn qua ống, quý vị phải hiểu rằng suy dinh dưỡng mất nước và tử vong sẽ có thể xảy ra. (If you refuse tube feeding, you should understand that malnutrition, dehydration and death will probably result.)
- Quý vị sẽ nhận được sự chăm sóc đem lại cảm giác thoải mái và sạch sẽ bất chấp quý vị lựa chọn như thế nào. (You will receive care for your comfort and cleanliness no matter what choices you make.)

A. Tuyên Bố Về Chấm Dứt Chăm Sóc Cuối Đời. Quý vị có thể ký tắt vào tuyên bố dưới đây nếu quý vị đồng ý với tuyên bố này. Nếu quý vị ký tắt vào tuyên bố dưới đây thì quý vị có thể, nhưng quý vị không buộc phải, liệt kê một hoặc nhiều bệnh trạng mà quý vị không muốn nhận hỗ trợ sự sống. (**Statement Regarding End of Life Care.** You may initial the statement below if you agree with it. If you initial the statement you may, but you do not have to, list one or more conditions for which you do not want to receive life support.)

_____ Tôi không muốn sự sống của tôi được kéo dài nhờ vào hỗ trợ sự sống. Tôi cũng không muốn được hỗ trợ sự sống bằng cách cho ăn qua ống. Tôi muốn nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe để tôi được chết tự nhiên nếu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe am hiểu khác xác nhận rằng tôi đang ở trong bất kỳ tình trạng sức khỏe nào được liệt kê dưới đây. (I do not want my life to be prolonged by life support. I also do not want tube feeding as life support. I want my health care provider to allow me to die naturally if my health care provider and another knowledgeable health care provider confirm I am in any of the medical conditions listed below.)

B. Hướng Dẫn Bổ Sung Về Chấm Dứt Chăm Sóc Cuối Đời. Đây là mong muốn của tôi về chăm sóc sức khỏe của tôi nếu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe am hiểu khác xác nhận rằng tôi đang ở trong bất kỳ tình trạng sức khỏe nào được liệt kê dưới đây: (**Additional Directions Regarding End of Life Care.** Here are my desires about my health care if my health care provider and another knowledgeable health care provider confirm that I am in a medical condition described below)

a. Cận tử. Nếu tôi cận tử và hỗ trợ sự sống chỉ trì hoãn thời khắc tử vong của tôi: (**Close to Death.** If I am close to death and life support would only postpone that moment of my death)

KÝ TẮT TÊN VÀO MỘT LỰA CHỌN: (INITIAL ONE)

_____ Tôi muốn được cho ăn qua ống. (I want to receive tube feeding.)

_____ Tôi chỉ muốn được cho ăn qua ống theo khuyến nghị của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi. (I want tube feeding only as my health care provider recommends.)

_____ TÔI KHÔNG MUỐN ĐƯỢC cho ăn qua ống. (I DO NOT WANT tube feeding.)

KÝ TẮT TÊN VÀO MỘT LỰA CHỌN: (INITIAL ONE)

_____ Tôi muốn được sử dụng bất kỳ hỗ trợ sự sống khác nếu có thể. (I want any other life support that may apply.)

_____ Tôi chỉ muốn được hỗ trợ sự sống theo khuyến nghị của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi. (I want life support only as my health care provider recommends.)

_____ TÔI KHÔNG MUỐN ĐƯỢC hỗ trợ sự sống. (I DO NOT WANT life support.)

b. Vô Thức Vĩnh Viễn. Nếu tôi rơi vào tình trạng vô thức và rất khó có khả năng tôi sẽ tỉnh lại:
(**Permanently Unconscious.** If I am unconscious and it is very unlikely that I will ever become conscious again)

KÝ TẮT TÊN VÀO MỘT LỰA CHỌN: (INITIAL ONE)

_____ Tôi muốn được cho ăn qua ống. (I want to receive tube feeding.)

_____ Tôi chỉ muốn được cho ăn qua ống theo khuyến nghị của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi.
(I want tube feeding only as my health care provider recommends.)

_____ TÔI KHÔNG MUỐN ĐƯỢC cho ăn qua ống. (I DO NOT WANT tube feeding.)

KÝ TẮT TÊN VÀO MỘT LỰA CHỌN: (INITIAL ONE)

_____ Tôi muốn được sử dụng bất kỳ hỗ trợ sự sống khác nếu có thể.
(I want any other life support that may apply.)

_____ Tôi chỉ muốn được hỗ trợ sự sống theo khuyến nghị của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi.
(I want life support only as my health care provider recommends.)

_____ TÔI KHÔNG MUỐN ĐƯỢC hỗ trợ sự sống. (I DO NOT WANT life support.)

c. Bệnh Trầm Trọng Giai Đoạn Cuối. Nếu tôi mắc bệnh trầm trọng sẽ gây tử vong và đang ở trong giai đoạn cuối, và tôi không thể giao tiếp liên tục và thường xuyên bằng bất cứ cách nào, nuốt thức ăn và nước uống an toàn, chăm sóc bản thân tôi và nhận biết gia đình tôi và những người khác, và rất khó có khả năng tình trạng của tôi sẽ được cải thiện chắc chắn: (**Advanced Progressive Illness.** If I have a progressive illness that will be fatal and is in an advanced stage, and I am consistently and permanently unable to communicate by any means, swallow food and water safely, care for myself and recognize my family and other people, and it is very unlikely that my condition will substantially improve)

KÝ TẮT TÊN VÀO MỘT LỰA CHỌN: (INITIAL ONE)

_____ Quiero recibir alimentación por sonda. (I want to receive tube feeding.)

_____ Quiero recibir alimentación por sonda solo si así lo recomienda mi proveedor de atención médica.
(I want tube feeding only as my health care provider recommends.)

_____ NO QUIERO recibir alimentación por sonda. (I DO NOT WANT tube feeding.)

KÝ TẮT TÊN VÀO MỘT LỰA CHỌN: (INITIAL ONE)

_____ Quiero recibir las medidas de soporte vital correspondientes.
(I want any other life support that may apply.)

_____ Quiero recibir medidas de soporte vital solo si así lo recomienda mi proveedor de atención médica.
(I want life support only as my health care provider recommends.)

_____ NO QUIERO recibir medidas de soporte vital. (I DO NOT WANT life support.)

d. Đau Đớn Khác Thường. Nếu hỗ trợ sự sống không thể giúp gì cho tình trạng sức khỏe của tôi và khiến tôi phải chịu đựng cơn đau vĩnh viễn và nghiêm trọng: (**Extraordinary Suffering.** If life support would not help my medical condition and would make me suffer permanent and severe pain)

KÝ TẮT TÊN VÀO MỘT LỰA CHỌN: (INITIAL ONE)

_____ Quiero recibir alimentación por sonda. (I want to receive tube feeding.)

_____ Quiero recibir alimentación por sonda solo si así lo recomienda mi proveedor de atención médica.
(I want tube feeding only as my health care provider recommends.)

_____ NO QUIERO recibir alimentación por sonda. (I DO NOT WANT tube feeding.)

KÝ TẮT TÊN VÀO MỘT LỰA CHỌN: (INITIAL ONE)

_____ Quiero recibir las medidas de soporte vital correspondientes.
(I want any other life support that may apply.)

_____ Quiero recibir medidas de soporte vital solo si así lo recomienda mi proveedor de atención médica.
(I want life support only as my health care provider recommends.)

_____ NO QUIERO recibir medidas de soporte vital. (I DO NOT WANT life support.)

C. Chỉ Dẫn Bổ Sung. Quý vị có thể đính kèm vào tài liệu này bất kỳ văn bản hoặc bản ghi về nguyện vọng và niềm tin của quý vị liên quan đến các quyết định chăm sóc sức khỏe. Các tài liệu đính kèm này sẽ được sử dụng như hướng dẫn cho các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Các tài liệu đính kèm này có thể có mô tả về điều quý vị muốn diễn ra nếu quý vị cận tử, nếu quý vị bị vô thức vĩnh viễn, nếu quý vị bị bệnh trầm trọng giai đoạn cuối hoặc nếu quý vị đang chịu đựng cơn đau vĩnh viễn và nghiêm trọng. (**Additional Instructions.** You may attach to this document any writing or recording of your values and beliefs related to health care decisions. These attachments will serve as guidelines for health care providers. Attachments may include a description of what you would like to happen if you are close to death, if you are permanently unconscious, if you have an advanced progressive illness or if you are suffering permanent and severe pain.)

5. Chữ Ký Của Tôi (My Signature)

Chữ Ký Của Tôi (My signature) _____ Ngày (Date) _____

6. Người Làm Chứng (Witness)

HOÀN THÀNH PHẦN A HOẶC B KHI QUÝ VỊ KÝ. (COMPLETE EITHER A OR B WHEN YOU SIGN.)

A. CÔNG CHỨNG (NOTARY)

Bang (State of) _____

Quận (County of) _____

Đã ký hoặc chứng thực trước mặt tôi (Signed or attested before me on) _____ 2(2) _____

bio (by) _____

CÔNG CHỨNG - BANG OREGON (NOTARY PUBLIC - STATE OF OREGON)

B. TUYÊN BỐ CỦA NGƯỜI LÀM CHỨNG (WITNESS DECLARATION)

Người hoàn thành mẫu đơn này được tôi biết đến với tư cách cá nhân hoặc đã cung cấp bằng chứng về danh tính, đã ký hoặc xác nhận chữ ký của người này trên tài liệu này trước mặt tôi và dường như không bị ép buộc và hiểu được mục đích và hiệu lực của mẫu đơn này. Ngoài ra, tôi không phải là người đại diện chăm sóc sức khỏe hoặc người đại diện chăm sóc sức khỏe thay thế của người này, và tôi không phải là nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe được chỉ định của người này. (The person completing this form is personally known to me or has provided proof of identity, has signed or acknowledged the person's signature on the document in my presence and appears to be not under duress and to understand the purpose and effect of this form. In addition, I am not the person's health care representative or alternative health care representative, and I am not the person's attending health care provider.)

Tên Người Làm Chứng (viết hoa) (Witness Name (print)) _____

Chữ ký (Signature) _____ Ngày (Date) _____

Tên Người Làm Chứng (viết hoa) (Witness Name (print)) _____

Chữ ký (Signature) _____ Ngày (Date) _____

7. Được Người Chăm Sóc Sức Khỏe của tôi chấp thuận (Acceptance by my Health Care Representative)

Tôi chấp thuận sự chỉ định này và đồng ý làm người đại diện chăm sóc sức khỏe.
(I accept this appointment and agree to serve as health care representative.)

NGƯỜI ĐẠI DIỆN CHĂM SÓC SỨC KHỎE (HEALTH CARE REPRESENTATIVE)

Tên viết hoa (Printed name) _____

Ký hoặc dùng dấu xác nhận khác để chấp thuận (Signature or other verification of acceptance) _____

Ngày (Date) _____

NGƯỜI ĐẠI DIỆN CHĂM SÓC SỨC KHỎE THAY THẾ THỨ NHẤT (FIRST ALTERNATE HEALTH CARE REPRESENTATIVE)

Tên viết hoa (Printed name) _____

Ký hoặc dùng dấu xác nhận khác để chấp thuận (Signature or other verification of acceptance) _____

Ngày (Date) _____

NGƯỜI ĐẠI DIỆN CHĂM SÓC SỨC KHỎE THAY THẾ THỨ HAI (SECOND ALTERNATE HEALTH CARE REPRESENTATIVE)

Tên viết hoa (Printed name) _____

Ký hoặc dùng dấu xác nhận khác để chấp thuận (Signature or other verification of acceptance) _____

Ngày (Date) _____