

**ĐẠI DIỆN VỀ CHĂM SÓC SỨC KHỎE CỦA INDIANA:**

Đại Diện về Chăm Sóc Sức Khỏe là một người do quý vị chọn ra để đưa ra các quyết định về chăm sóc sức khỏe, kể cả các quyết định cuối đời, nếu quý vị không có khả năng tự mình quyết định được. Nên nói chuyện với người này trước về ý nguyện của quý vị. Bác sĩ sẽ quyết định quý vị có phải là không có khả năng tự mình quyết định hay không.

**Tên tôi (Đầy Đủ Tên Họ Pháp Lý – còn được gọi là “người khai”) Ngày Sinh (ThTh/NgNg/NNNN)**

\*\*\*\*Chỉ dành cho các mục đích hướng dẫn\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

Đại Diện về Chăm Sóc Sức Khỏe của tôi có thể quyết định cho tôi nếu tôi không thể tự quyết định và cho biết các quyết định về chăm sóc sức khỏe của mình. Đại Diện về Chăm Sóc Sức Khỏe của tôi phải tuân hành các ý nguyện và giá trị của tôi. Các giá trị này gồm ý kiến của tôi về nhân phẩm và phẩm chất cuộc sống. Nếu Đại Diện về Chăm Sóc Sức Khỏe của tôi không biết ý nguyện của tôi thì Đại Diện về Chăm Sóc Sức Khỏe của tôi phải thành tâm hành động và đưa ra quyết định phù hợp với các quyền lợi tốt nhất của tôi. Các quyết định này gồm nhưng không phải chỉ giới hạn vào những trường hợp sau đây:

- Đồng ý về cách điều trị
- Từ chối điều trị y khoa
- Ngưng điều trị
- Sắp xếp để chăm sóc xoa dịu

**Tôi muốn người sau đây làm Đại Diện về Chăm Sóc Sức Khỏe của tôi (HCR):**

Tên HCR

Số Điện Thoại của HCR

\*\*\*\*Chỉ dành cho các mục đích hướng dẫn\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

**Nếu HCR chính của tôi có tên ở trên không thể hoặc không có mặt để hành động cho tôi, tôi muốn người sau đây làm Đại Diện về Chăm Sóc Sức Khỏe dự phòng của tôi:**

Tên HCR Dự Phòng

Số Điện Thoại của HCR Dự Phòng

\*\*\*\*Chỉ dành cho các mục đích hướng dẫn\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

**LỜI NHIỆM Ý VỀ CÁC SỞ THÍCH:**

Tôi muốn nói thêm vài lời để hướng dẫn cho Đại Diện về Chăm Sóc Sức Khỏe của tôi về các sở thích cuối đời của tôi. (Xin chỉ chọn một cách dưới đây).

- Phẩm chất cuộc sống của tôi** quan trọng hơn tuổi thọ của tôi. Nếu tôi không thể tự mình quyết định và bác sĩ điều trị của tôi tin rằng tôi sẽ không bình phục, tôi không muốn được điều trị để kéo dài mạng sống hoặc trì hoãn cái chết của tôi. Thay vì thế, tôi muốn được điều trị hoặc chăm sóc để giúp tôi thoải mái và giảm đau.
- Giữ mạng sống** quan trọng hơn đối với tôi, bất luận tôi bệnh đến mức nào hoặc khó có được cơ hội bình phục đến mức nào. Tôi muốn kéo dài mạng sống đến mức tối đa có thể làm được, theo các tiêu chuẩn y khoa hợp lý.
- Tôi quyết định KHÔNG điền phần này vào lúc này.

Tên Người Khai: \_\_\_\_\_

**CÁC CHỮ KÝ BẮT BUỘC PHẢI CÓ:**

**Khi ký vào mẫu này là tôi hủy bỏ và thu hồi tất cả giấy ủy quyền tôi đã ký trước đây.**

\*\*\*\*Chỉ dành cho các mục đích hướng dẫn\*\*\*\*

Chữ Ký (Người Khai)

\*\*\*\*\*

Ngày

\*\*\*\*\*

Tên Viết Chữ In (Người Khai)

**Mẫu này phải có chữ ký của 2 chứng nhân người lớn (bên trái dưới đây) hoặc được chứng khế chứng thực (bên phải dưới đây thì mới có giá trị hợp pháp.**

*CHỮ KÝ CỦA 2 CHỨNG NHÂN NGƯỜI LỚN*

Mỗi Chứng Nhân ký tên dưới đây xác nhận là họ đã nhận được bằng chứng thỏa đáng về danh tính của Người Khai và đồng ý là Người Khai có tinh thần minh mẫn và có khả năng ký mẫu Chỉ Thị Trước ở trên. **Ít nhất phải có một trong Các Chứng Nhân ký tên dưới đây không phải là người phối ngẫu hoặc thân nhân nào khác của Người Khai.**

*CHỨNG THỰC*

TIỂU BANG INDIANA )  
 ) SS:  
QUẬN \_\_\_\_\_ )

Trước mặt tôi, một Chứng Khế, là \_\_\_\_\_ [tên Người Khai ký tên], đã đích thân nhìn nhận tự nguyện ký mẫu Chỉ Thị Trước trên đây, và sau khi tuyên thệ, người này đã nói rằng bất cứ lời khai nào trong đây đều đúng sự thật.

Dùng chỗ này để ghi tên 1-2 người được quý vị tin nhiệm để quyết định cho mình nếu quý vị không thể tự quyết định được.

Dùng chỗ này để đóng dấu và ghi chi tiết của chứng khế

Chỉ thị trước này do Liên Hiệp Sở Thích Của Bệnh Nhân Indiana (Indiana Patient Preferences Coalition) soạn ra và được cung cấp miễn phí. Xem [www.INadvancedirectives.org](http://www.INadvancedirectives.org) để biết thêm chi tiết.