

LẬP DI CHỨC VÀ TỜ ỦY QUYỀN CHĂM SÓC SỨC KHỎE

Completing your living will and medical power of attorney

Bản hướng dẫn này sẽ giúp quý vị thực hiện các quyết định về mặt y tế nếu quý vị không thể tự phát ngôn cho mình. Bản sao Việt ngữ nên được đính kèm vào bản Anh ngữ đã hoàn tất và có chữ ký, là điều mà các nhân viên y tế yêu cầu để có thể thực hiện nguyện vọng của quý vị.

These instructions will help you make medical decisions if you cannot speak for yourself. The Vietnamese copy should be attached to a completed and signed English copy, which medical personnel require in order to carry out your wishes.

Lập di chúc

Completing Your Living Will

Ghi rõ họ tên của quý vị vào chỗ trống ở dòng đầu tiên. "Tôi, HỌ TÊN CỦA TÔI, mong tất cả những người quan tâm hiểu được ý nguyện của tôi khi tôi không còn tự phát ngôn cho mình được."

Print your name on the first blank line. "I, MY NAME, want everyone who cares for me to know what I want when I cannot speak for myself."

Phần 1: Đối với quý vị, điều kiện sinh tồn nào là không thể chấp nhận được? Khi nào thì quý vị sẽ muốn thân nhân và bác sĩ của mình ngưng hoặc hủy bỏ điều trị? Đánh dấu vào các ô để cho biết quý vị sẽ không muốn sống trong điều kiện đó. Quý vị có thể ghi thêm vào dòng trống hoặc gạch bỏ bất kỳ điều gì mà quý vị không đồng ý trong mẫu đơn.

Section 1: What kind of quality of life is unacceptable to you? When would you want your family and doctors to stop or withdraw treatment? Check boxes indicating that you do not want to live in that condition. You may add your own words on the blank line or cross out anything on the form you do not agree with.

Phần 2: Có thể có một số thủ tục mà quý vị không mong muốn trong bất cứ hoàn cảnh nào. Nếu quý vị đã quyết định sẽ không bao giờ muốn nhận được khoản điều trị như liệt kê, hãy đánh dấu vào ô đó. Nếu quý vị vẫn chưa quyết định, hoặc muốn bác sĩ xử dụng các phương pháp điều trị đó, hãy chừa trống ô đó.

Section 2: There may be some procedures you would not want under any circumstances. If you have decided you would never want one of the treatments listed, check that box. If you have not decided yet, or want your doctor to try these treatment, leave the box blank.

Phần 3: Hãy nghĩ về nội dung sau: "Khi tôi sắp lâm chung, điều quan trọng là..." Quý vị có thể viết vào đây bất cứ điều gì quý vị mong muốn. Có người ghi: "Tôi muốn nhận dịch vụ chăm sóc cuối đời. Tôi muốn được chết ở nhà. Tôi muốn có thân nhân bên cạnh. Tôi muốn được hỏa táng sau khi chết." Quý vị có thể để trống những dòng này, nếu muốn.

Section 3: Think about the statement: "When I am near death, it is important that..." You may write anything you want here. Some say, "I want hospice care, I want to die at home, I want family near me, I want to be cremated when I die." You may leave these lines blank if you wish.

Ký tên vào mặt sau của mẫu đơn này và nhờ người không có quan hệ huyết thống, hôn nhân, hay nhận nuôi với quý vị chứng kiến. Người chứng kiến không thể là người thụ hưởng bất động sản của quý vị hoặc có trực tiếp tham gia chăm sóc sức khỏe của quý vị.

Sign this form on the reverse side and have the signature witnessed by a person who is not related to you by blood, marriage or adoption. The witness cannot be a beneficiary to your estate or be directly involved in your healthcare.

Tại tiểu bang Arizona, mẫu đơn này không cần phải được thị thực, nhưng trong mẫu vẫn có ô trống dành để thị thực nếu quý vị muốn.

It is not necessary to have this form notarized in Arizona, but there is a space for a notary if you wish.



HOSPICE
of the VALLEY

1510 E. Flower St. • Phoenix, AZ 85014 • 602.530.6900 • 602.530.6905 fax • hov.org

Your not-for-profit hospice since 1977