



**Wellstar**<sup>®</sup>  
HEALTH SYSTEM

*Advance Directive for Health Care*  
**(Chỉ Thị Trước về Chăm Sóc Sức Khỏe)**

*Respecting Your Right To:*  
*(Tôn Trọng Quyền Của Quý Vị về:)*

**Choose Your Health Care Agent**  
**(Chọn Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe)**

**Choose the Authority Given to Your Health Care Agent**  
**(Chọn Thẩm Quyền Được Trao Cho Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe)**

**Choose Your Preferences Related to Treatment & Care**  
**(Chọn Các Ưu Tiên Liên Quan Đến Điều Trị Và Chăm Sóc Sức Khỏe)**

---

Printed Name (Tên Viết In Hoa)

---

Birthdate (Ngày Sinh)

## Getting Oriented (Hướng Dẫn)

**PART ONE-** Choose a Health Care Agent (the person(s) you choose to make health care decisions for you when needed).

**(PHẦN MỘT-** Chọn Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe ((những) người mà quý vị chọn để đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho quý vị khi cần thiết).)

**PART TWO-** Select some medical treatment preferences.

**(PHẦN HAI-** Chọn một vài ưu tiên liên quan đến điều trị y tế.)

**PART THREE-** Guidance for your Health Care Agent

**(PHẦN BA-** Hướng dẫn dành cho Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe)

**PART FOUR (Required)-** Your signature and two witnesses.

**(PHẦN BỐN (Bắt Buộc)-** Chữ ký của quý vị và hai người làm chứng.)

You may fill out Part One, Part Two, or both, but if you have filled out ANY section of this form then Part Four MUST be filled in to make it legally valid.

(Quý vị có thể điền vào Phần Một, Phần Hai hoặc cả hai phần. Tuy nhiên, để đảm bảo giá trị pháp lý, nếu quý vị đã điền vào BẤT KỲ phần nào của mẫu này thì quý vị BẮT BUỘC phải điền thêm Phần Bốn.)

## Explanation and Directions for this Advance Directive: (Giải Thích và Hướng Dẫn về Chỉ Thị Trước Đây:)

This document goes into effect only when you are unable to (or choose not to) make health care decisions for yourself.

(Tài liệu này chỉ có hiệu lực khi quý vị không thể (hoặc không muốn) tự đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho bản thân.)

1. This is an important legal document.  
(Đây là một văn bản pháp lý quan trọng.)
2. This is a way to communicate health care preferences to your health care providers and others who care about you (e.g. friends, family).  
(Đây là một cách để truyền đạt những ưu tiên của quý vị về chăm sóc sức khỏe với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe và những người quan tâm đến quý vị (ví dụ: bạn bè, gia đình).)
3. This document does NOT give permission for your health care agent to make business or financial decisions on your behalf  
(Tài liệu này KHÔNG ủy quyền cho người đại diện chăm sóc sức khỏe thay mặt quý vị để đưa ra các quyết định kinh doanh hoặc tài chính.)

## Steps to Take After Completing This Advance Directive: (Các Bước Cần Thực Hiện Sau Khi Hoàn Thành Chỉ Thị Trước Đây:)

1. Talk about your advance directive and your health care related goals and preferences with:  
(Thảo luận về chỉ thị trước cũng như các mục tiêu và ưu tiên liên quan đến việc chăm sóc sức khỏe của quý vị với:)  

<input type="checkbox"/> Your Health Care Agent and Backup Agent (Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe và Người Đại Diện Dự Phòng)	<input type="checkbox"/> Your Friends (Bạn Bè)
<input type="checkbox"/> Your Family (Gia Đình)	<input type="checkbox"/> Your Emergency Contact (Người Liên Hệ Trong Trường Hợp Khẩn Cấp)
2. Give copies of your advance directive to: (Gửi bản sao chỉ thị trước của quý vị tới:)  

<input type="checkbox"/> Your Health Care Agent (Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe)
<input type="checkbox"/> Your Backup Health Care Agent (Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe Dự Phòng)
<input type="checkbox"/> Your health care providers (Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe)
3. Keep a copy of your advance directive where it can easily be found (e.g. on the refrigerator).  
(Lưu một bản sao của chỉ thị trước tại nơi dễ tìm thấy (ví dụ: như trên nóc tủ lạnh).)
4. If you are going to the hospital or a nursing home, take a copy of this document with you and ask that it be placed in your medical records.  
(Nếu quý vị phải nhập viện hoặc vào viện dưỡng lão, hãy mang theo bản sao của tài liệu này và yêu cầu đưa vào hồ sơ bệnh án của quý vị.)

**Remember:** You may revoke this completed form (advance directive) at any time by:

**(Hãy nhớ rằng:** Quý vị có thể hủy bỏ mẫu (chỉ thị trước) này sau khi đã điền đầy đủ thông tin bất cứ lúc nào bằng cách:)

1. Completing a written statement declaring your preference to revoke that is signed and dated; OR  
(Soạn một văn bản tuyên bố rằng quý vị mong muốn hủy bỏ mẫu đã ký và đề ngày; HOẶC)
2. Stating your desire to revoke the document in the presence of a witness 18 years of age or older who completes a written statement of your expression within 30 days of your declaration. The statement should be signed and dated; AND  
(Nói rõ mong muốn hủy bỏ tài liệu này trước sự hiện diện của người làm chứng từ 18 tuổi trở lên. Người làm chứng này cần soạn một văn bản tuyên bố về mong muốn của quý vị trong vòng 30 ngày kể từ ngày quý vị đưa ra tuyên bố. Văn bản tuyên bố này phải được ký và đề ngày; VÀ)
3. Communicating the revocation to your attending physician and other health care providers.  
(Thông báo về mong muốn thu hồi tài liệu cho bác sĩ điều trị và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác.)

### How Often Should You Consider Making Changes to Your Advance Directive? (Quý Vị Nên Cân Nhắc Thay Đổi Nội Dung Chỉ Thị Trước Bao Lâu Một Lần?)

It is good to review and update your advance directive when one of the following occurs:

(Quý vị cần xem lại và cập nhật chỉ thị trước nếu xảy ra một trong những trường hợp sau:)

- Decade*- at the start of a new decade of your life (every 10 years)  
(Thập kỷ- vào đầu một thập kỷ mới trong cuộc đời của quý vị (10 năm một lần))
- Death*- if your health care agent dies or if your choices have changed after the death of a loved one  
(Qua đời- nếu người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị qua đời hoặc nếu các lựa chọn của quý vị thay đổi sau khi người thân qua đời)
- Divorce*- if you marry someone other than your health care agent or if you divorce your healthcare agent, then this document is automatically revoked  
(Ly hôn- nếu quý vị kết hôn với người không phải là người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị hoặc nếu quý vị ly hôn với người đại diện chăm sóc sức khỏe của mình, thì tài liệu này sẽ tự động bị hủy bỏ)
- Diagnosis*- if you are diagnosed with a chronic or serious illness  
(Chẩn đoán- nếu quý vị được chẩn đoán mắc bệnh mãn tính hoặc bệnh nghiêm trọng)
- Decline*- if your health gets worse over time, especially if you are no longer able to live on your own.  
(Sức khỏe giảm sút- nếu sức khỏe của quý vị giảm sút theo thời gian, đặc biệt là khi quý vị không thể tự sống riêng.)

### Need help completing this document? (Quý vị cần hỗ trợ để hoàn thành tài liệu này?)

Contact a Respecting Choices advance care planning facilitator at [wellstar.org/acp](http://wellstar.org/acp) to ask a question.

(Hãy liên hệ với điều phối viên lập kế hoạch chăm sóc trước của Respecting Choices tại địa chỉ [wellstar.org/acp](http://wellstar.org/acp) để đặt câu hỏi.)

Name (Họ Tên): \_\_\_\_\_

---

**PART ONE: My Choice for Health Care Agent**  
**(PHẦN MỘT: Lựa Chọn Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe Của Tôi)**

*(Part 1 will be effective even if Part 2 is not completed)*  
*(Phần 1 vẫn có hiệu lực ngay cả khi quý vị không hoàn thành Phần 2)*

---

**Who Should You Choose as Your Health Care Agent?**  
**(Quý Vị Nên Chọn Ai Làm Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe Của Mình?)**

- Someone who knows you well, and will respect your goals and values  
(Người hiểu rõ quý vị và sẽ tôn trọng các mục tiêu và giá trị của quý vị)
- Someone you trust to make decisions in difficult circumstances  
(Người mà quý vị tin tưởng để ra quyết định trong những tình huống khó khăn)
- Someone who will be a good advocate for you and follow your decisions, even if he/she may not agree with them  
(Người sẽ luôn ủng hộ và thực hiện các quyết định của quý vị, ngay cả khi họ có thể không đồng tình với quyết định đó)
- Someone 18 years or older (Người từ 18 tuổi trở lên)

**Who Cannot Be Your Health Care Agent?**  
**(Ai Không Thể Trở Thành Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe Của Quý Vị?)**

- A health care provider if he/she is directly involved in your care  
(Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nếu người đó trực tiếp tham gia vào việc chăm sóc quý vị)
- Someone younger than 18 years old (Người dưới 18 tuổi)

If I can no longer make my own health care decisions (or I choose not to), this directive names the person I authorize to make these choices on my behalf; even if I do not fill out my treatment preferences in the next part. This person will be my health care agent.

(Nếu quý vị không thể (hoặc không muốn) tự đưa ra các quyết định chăm sóc sức khỏe cho bản thân, chỉ thị này sẽ chỉ định người mà quý vị ủy quyền để đưa ra những lựa chọn này thay cho quý vị; ngay cả khi quý vị không điền các ưu tiên điều trị trong phần tiếp theo. Người này sẽ trở thành người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị.)

**The Person I Choose as My Health Care Agent:**  
**(Người Mà Tôi Chọn Làm Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe Của Mình:)**

Name \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_  
(Tên) (Mối Quan Hệ)

Telephone (Cell) \_\_\_\_\_ (Work) \_\_\_\_\_ (Home) \_\_\_\_\_  
(Số Điện Thoại (Di Động)) ((Cơ Quan)) ((Nhà Riêng))

Address \_\_\_\_\_  
(Địa Chỉ)

Email Address (optional) \_\_\_\_\_  
(Địa Chỉ Email (không bắt buộc))

If my health care agent cannot be contacted within a reasonable time period or for any reason is unable or unwilling to act as my health care agent, then I select the following back up health care agents to be contacted in order of choice.

(Nếu người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi không duy trì liên lạc trong một khoảng thời gian hợp lý hoặc không thể hoặc không muốn thực hiện nghĩa vụ của người đại diện chăm sóc sức khỏe cho tôi vì bất kỳ lý do gì, thì tôi sẽ chọn những người đại diện chăm sóc sức khỏe dự phòng dưới đây để liên lạc theo thứ tự ưu tiên.)

Name (Họ Tên): \_\_\_\_\_

### Back-Up Agent # 1 (Người Đại Diện Dự Phòng Số 1):

Name \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_  
(Tên) (Mối Quan Hệ)

Telephone (Cell) \_\_\_\_\_ (Work) \_\_\_\_\_ (Home) \_\_\_\_\_  
(Số Điện Thoại (Di Động)) ((Cơ Quan)) ((Nhà Riêng))

Address \_\_\_\_\_  
(Địa Chỉ)

Email Address (optional) \_\_\_\_\_  
(Địa Chỉ Email (không bắt buộc))

### Back-Up Agent # 2 (Người Đại Diện Dự Phòng Số 2):

Name \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_  
(Tên) (Mối Quan Hệ)

Telephone (Cell) \_\_\_\_\_ (Work) \_\_\_\_\_ (Home) \_\_\_\_\_  
(Số Điện Thoại (Di Động)) ((Cơ Quan)) ((Nhà Riêng))

Address \_\_\_\_\_  
(Địa Chỉ)

Email Address (optional) \_\_\_\_\_  
(Địa Chỉ Email (không bắt buộc))

By checking this box, I'm indicating that I do not have a health care agent. Instead, please allow my selections on Part Two to guide my health care decisions.

(Bằng việc đánh dấu vào ô này, tôi xin thông báo rằng tôi hiện không có người đại diện chăm sóc sức khỏe. Thay vào đó, hãy dựa vào các lựa chọn của tôi trong Phần Hai để đưa ra các quyết định chăm sóc sức khỏe cho tôi.)

### What My Health Care Agent Can Do: (Những Điều Mà Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe Của Tôi Có Thể Làm:)

I understand that I have chosen a health care agent to make decisions for me related to my health care. He/she will have the same authority to make any health care decision that I could make. For example: (Tôi hiểu rằng tôi đã chọn một người đại diện chăm sóc sức khỏe để đưa ra các quyết định liên quan đến việc chăm sóc sức khỏe cho tôi. Người đại diện này sẽ có cùng quyền hạn với tôi trong việc đưa ra bất kỳ quyết định chăm sóc sức khỏe nào. Ví dụ:)

- Take my instructions and what he/she knows of my preferences/values to act in my best interest. (Làm theo các chỉ dẫn của tôi và những điều mà người đó biết về các ưu tiên/giá trị của tôi để hành động vì lợi ích tốt nhất của tôi.)
- Authorize, request, refuse, withdraw, and/or withhold any and all types of medication, treatment, procedures or health care. (Cho phép, yêu cầu, từ chối, rút lại và/hoặc không cho phép thực hiện bất kỳ và tất cả các loại thuốc, phương pháp điều trị, thủ thuật hoặc dịch vụ chăm sóc sức khỏe.)

- Consent, negotiate and/or contract for any health care facility or service for me, such as assisted living, skilled nursing facility, hospital, hospice or nursing home. These actions will not make my health care agent liable to pay for these services.  
(Đồng ý, thương lượng và/hoặc ký hợp đồng với bất kỳ cơ sở hoặc dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào cho tôi, chẳng hạn như cơ sở hỗ trợ sinh hoạt, cơ sở điều dưỡng chuyên môn, bệnh viện, cơ sở chăm sóc cuối đời hoặc viện dưỡng lão. Những hành động này sẽ không khiến người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi phải chịu trách nhiệm thanh toán cho các dịch vụ này.)  
Review and release my medical records as needed for my medical care.  
(Xem lại và cung cấp hồ sơ bệnh án của tôi khi cần thiết để thực hiện dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho tôi.)

Note: Under Georgia law, a court can take away the powers of your health care agent if it finds he/she is not acting in accordance with your preferences. Your health care agent DOES NOT have the power to make decisions regarding behavioral treatment, sterilization, treatment or involuntary hospitalization for mental or emotional illness, or addictive disease.

(Lưu ý: Luật Georgia nêu rõ rằng tòa án có thể tước quyền hạn của người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị nếu nhận thấy người đại diện đó không hành động theo ưu tiên của quý vị. Người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị KHÔNG có quyền ra quyết định liên quan đến điều trị hành vi, triệt sản, điều trị hoặc nhập viện bắt buộc vì mắc bệnh về tâm thần hoặc cảm xúc, hoặc bệnh liên quan đến chất gây nghiện.)

### What My Health Care Agent Can Do After I Die: (Những Điều Mà Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe Của Tôi Có Thể Làm Sau Khi Tôi Qua Đời:)

I understand that my health care agent can make decisions about the following (unless I have initialed to indicate I do not want him/her to have that authority/ability):

(Tôi hiểu rằng người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi có thể ra quyết định về những vấn đề sau (trừ khi tôi ký nháy để cho biết tôi không muốn họ có quyền hạn/khả năng đó):)

1. **Autopsy-** *My health care agent WILL have the power to authorize (give permission) for an autopsy*  
(**Khám nghiệm tử thi-** Người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi SẼ có quyền cho phép (ủy quyền) tiến hành khám nghiệm tử thi)
2. **Organ Donation and/or Body Donation-** *My health care agent WILL have the power to donate my body for use in a medical study and/or donate any of my organs*  
(**Hiến Tạng và/hoặc Hiến Xác-** Người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi SẼ có quyền hiến tặng cơ thể tôi cho nghiên cứu y khoa và/hoặc hiến tặng bất kỳ cơ quan nội tạng nào của tôi)
3. **Final Disposition of My Body-** *My health care agent WILL have the power to authorize the final disposition of my body including funeral arrangements and burial or cremation*  
(**Cách Giải Quyết Cuối Cùng đối với Thi Thể của Tôi-** Người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi SẼ có quyền quyết định cách giải quyết cuối cùng đối với thi thể của tôi, bao gồm sắp xếp lễ tang, chôn cất hoặc hỏa táng)

**Only initial those things that you DO NOT want your health care agent to be able to do after you die (Chỉ ký nháy vào những điều quý vị KHÔNG MUỐN người đại diện chăm sóc sức khỏe được phép thực hiện sau khi quý vị qua đời)**

1. **Autopsy:** \_\_\_\_\_ (Initial) I do NOT give the authority to my health care agent to authorize an autopsy (unless required by law).  
(**Khám Nghiệm Tử Thi:** (Ký nháy) Tôi KHÔNG ủy quyền cho người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi được cho phép khám nghiệm tử thi (trừ trường hợp pháp luật yêu cầu).)

Name (Họ Tên): \_\_\_\_\_

**2. Organ Donation and Body Donation (Hiển Tạng Và Hiến Xác):**

- a. \_\_\_\_\_ (Initial) I do NOT give authority to my health care agent to donate my body for use in a medical study.  
(Ký nháy) Tôi KHÔNG ủy quyền cho người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi hiến tạng thi thể của tôi cho nghiên cứu y khoa.)
- b. \_\_\_\_\_ (Initial) I do NOT give authority to my health care agent to donate any of my organs.  
(Ký nháy) Tôi KHÔNG ủy quyền cho người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi hiến tạng bất kỳ cơ quan nội tạng nào của tôi.)

**3. Final Disposition of My Body:** \_\_\_\_\_ (Initial) I do NOT give authority to my health care agent to make decisions about final disposition of my body.

**(Cách Giải Quyết Cuối Cùng đối với Thi Thể của Tôi:** \_\_\_\_\_ (Ký nháy) Tôi KHÔNG ủy quyền cho người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi ra quyết định về cách giải quyết cuối cùng đối với thi thể của tôi.)

I want the following person to make decisions about the final disposition of my body:  
(Tôi muốn người dưới đây ra quyết định về cách giải quyết cuối cùng đối với thi thể của tôi:)

Name \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_  
(Họ Tên) (Điện Thoại)

Address \_\_\_\_\_  
(Địa Chỉ)

Initial your preference for the final disposition of your body:  
(Hãy ký nháy vào ưu tiên của quý vị liên quan đến cách giải quyết cuối cùng đối với thi thể của quý vị:)

\_\_\_\_\_ (Initial) I want to be buried. \_\_\_\_\_ (Initial) I want to be cremated.  
(Ký nháy) Tôi muốn được chôn cất. (Ký nháy) Tôi muốn được hỏa táng.)

---

**PART TWO: My Treatment Preferences**

**(PHẦN HAI: Các Ưu Tiên Điều Trị Của Tôi)**

*(Part 2 will be effective even if Part 1 is not completed)*

*(Phần 2 vẫn có hiệu lực ngay cả khi quý vị không hoàn thành Phần 1)*

---

This is your opportunity to make your preferences clear. Your health care agent and your doctors will refer to this section as a guide when you cannot make informed decisions. If you did NOT name a health care agent or back-up agent or if he/she cannot be reached, you can direct your care with the choices you indicate below. **WITH ANY CHOICE BELOW**, I understand I will be kept clean and comfortable and continue to receive medications for pain control and comfort.

(Đây là cơ hội để quý vị nêu rõ các ưu tiên chăm sóc sức khỏe của mình. Người đại diện chăm sóc sức khỏe và bác sĩ của quý vị sẽ tham khảo phần này để làm hướng dẫn trong trường hợp quý vị không thể tự đưa ra các quyết định sáng suốt. Nếu KHÔNG chỉ định người đại diện chăm sóc sức khỏe/người đại diện dự phòng hoặc không thể liên lạc với họ, quý vị có thể hướng dẫn dịch vụ chăm sóc thông qua các lựa chọn mà quý vị đưa ra bên dưới. **VỚI MỌI LỰA CHỌN DƯỚI ĐÂY**, tôi hiểu rằng tôi sẽ được vệ sinh cá nhân sạch sẽ, đảm bảo sự thoải mái và tiếp tục được dùng thuốc để kiểm soát cơn đau và duy trì tình trạng thoải mái.)

**Initial each statement you choose as your treatment preferences if you are in these situations:**  
**(Đối với mỗi tình huống, hãy ký nháy vào một lựa chọn về ưu tiên điều trị mà quý vị mong muốn:)**

If I have a **terminal illness** (incurable or irreversible condition) and my attending physician and another physician believe (and write in the medical record) that I will die within a short period of time, this is my choice:

(Nếu tôi mắc **bệnh giai đoạn cuối** (một tình trạng không thể chữa khỏi hoặc không thể hồi phục) và bác sĩ điều trị cùng một bác sĩ khác tin rằng (và ghi vào hồ sơ bệnh án) rằng tôi sẽ qua đời trong thời gian ngắn, thì tôi lựa chọn như sau:)

1. \_\_\_\_\_ **I want to extend my life for as long as possible** using all treatments that the doctors believe are reasonable. Some examples are a machine that breathes for me (respirator/ventilator), feeding tubes, blood products, medications, and/or fluids given to me through an IV or treatments for chronic medical conditions.

(Tôi muốn kéo dài tuổi thọ càng lâu càng tốt bằng tất cả các phương pháp điều trị mà bác sĩ cho là hợp lý. Một vài ví dụ như máy hỗ trợ thở cho tôi (mặt nạ hô hấp/máy thở), ống dẫn thức ăn, chế phẩm máu, thuốc men và/hoặc dịch truyền qua đường tĩnh mạch (IV) hoặc các phương pháp điều trị cho tình trạng y tế mãn tính.)

\_\_\_\_\_ **OR (HOẶC)** \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ **I want to allow my natural death** to occur by refusing or stopping all treatments except any I choose below:

(Tôi muốn qua đời theo cách tự nhiên bằng việc từ chối hoặc ngừng tất cả các phương pháp điều trị, ngoại trừ những phương pháp tôi chọn bên dưới:)

- a. \_\_\_\_\_ If I cannot get nutrition by mouth, I want to receive nutrition by tube/other medical means.  
(Nếu không thể ăn qua đường miệng, tôi muốn sử dụng ống thông/các phương pháp y tế khác.)
- b. \_\_\_\_\_ If I cannot drink fluids by mouth, I want to receive fluids by tube/other medical means.  
(Nếu không thể uống qua đường miệng, tôi muốn sử dụng ống thông/các phương pháp y tế khác.)
- c. \_\_\_\_\_ If I need assistance to breathe, I want to have a ventilator/respirator used.  
(Nếu cần hỗ trợ thở, tôi muốn được dùng mặt nạ hô hấp/máy thở.)
- d. \_\_\_\_\_ If my heart or pulse has stopped, I want to have cardiopulmonary resuscitation (CPR) used.  
(Nếu tim hoặc mạch ngừng đập, tôi muốn được hồi sức tim phổi (CPR).)

If I am in a **state of permanent unconsciousness** (an incurable or irreversible condition) in which my attending physician and another physician believe (and write in the medical record) that I am not expected to recover the ability to know who I am, who my friends and family are or where I am, this is my choice:

(Nếu tôi rơi vào **trạng thái hôn mê vĩnh viễn** (một tình trạng không thể chữa khỏi hoặc không thể hồi phục) mà bác sĩ điều trị cùng với một bác sĩ khác tin rằng (và ghi vào hồ sơ bệnh án) rằng tôi không thể phục hồi khả năng nhận biết bản thân, người thân và bạn bè hoặc khả năng xác định vị trí của mình, thì tôi lựa chọn như sau:)



Name (Họ Tên): \_\_\_\_\_

1. \_\_\_\_\_ I want to extend my life for as long as possible using all treatments that the doctors believe are reasonable. Some examples are a machine that breathes for me (respirator/ventilator), feeding tubes, blood products, medications, and/or fluids given to me through an IV or treatments for chronic medical conditions.

(Tôi muốn kéo dài tuổi thọ càng lâu càng tốt bằng tất cả các phương pháp điều trị mà bác sĩ cho là hợp lý. Một vài ví dụ như máy hỗ trợ thở cho tôi (mặt nạ hô hấp/máy thở), ống dẫn thức ăn, chế phẩm máu, thuốc men và/hoặc dịch truyền qua đường tĩnh mạch (IV) hoặc các phương pháp điều trị cho tình trạng y tế mãn tính.)

**OR (HOẶC)**

2. \_\_\_\_\_ I want to allow my natural death to occur by refusing or stopping all treatments except any I choose below:

(Tôi muốn qua đời theo cách tự nhiên bằng việc từ chối hoặc ngừng tất cả các phương pháp điều trị, ngoại trừ những phương pháp tôi chọn bên dưới:)

- a. \_\_\_\_\_ If I cannot get nutrition by mouth, I want to receive nutrition by tube/other medical means. (Nếu không thể ăn qua đường miệng, tôi muốn sử dụng ống thông/các phương pháp y tế khác.)
- b. \_\_\_\_\_ If I cannot drink fluids by mouth, I want to receive fluids by tube/other medical means. (Nếu không thể uống qua đường miệng, tôi muốn sử dụng ống thông/các phương pháp y tế khác.)
- c. \_\_\_\_\_ If I need assistance to breathe, I want to have a ventilator/respirator used. (Nếu cần hỗ trợ thở, tôi muốn được dùng mặt nạ hô hấp/máy thở.)
- d. \_\_\_\_\_ If my heart or pulse has stopped, I want to have cardiopulmonary resuscitation (CPR) used. (Nếu tim hoặc mạch ngừng đập, tôi muốn được hồi sức tim phổi (CPR).)

**My additional preferences and wishes regarding my health care:  
(Các ưu tiên và mong muốn khác của tôi về chăm sóc sức khỏe:)**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

*Attach Additional pages about treatment preferences (signed and dated) as needed  
(Đính kèm thêm các trang khác về ưu tiên điều trị (đã ký và đề ngày) nếu cần)*

### **PART THREE: Binding Guidance for Health Care Agent** **(PHẦN BA: Hướng Dẫn Bắt Buộc Dành Cho Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe)**

When making health care decisions for me, my health care agent must think about what action would be consistent with past conversations we have had, my treatment decisions as expressed in PART TWO, my religious and other beliefs and values I hold, and how I have handled medical and other important issues in the past. If what I would decide is still unclear, then my health care agent should make decisions for me that he/she believes are in my best interest, considering the benefits, burdens, and risks of my current circumstances and treatment options.

(Khi đưa ra các quyết định chăm sóc sức khỏe cho tôi, người đại diện chăm sóc sức khỏe phải cân nhắc những hành động phù hợp với nội dung trong các cuộc trò chuyện trước đó của chúng tôi, quyết định điều trị của tôi như đã nêu trong PHẦN HAI, tín ngưỡng tôn giáo và các giá trị và niềm tin khác của tôi, cũng như cách tôi đã xử lý các vấn đề y tế và các vấn đề quan trọng khác trước đây. Nếu những quyết định mà tôi đưa ra vẫn chưa rõ ràng, thì người đại diện chăm sóc sức khỏe nên thay tôi đưa ra những quyết định mà họ cho là đảm bảo lợi ích tốt nhất của tôi, cân nhắc đến các lợi ích, gánh nặng và rủi ro của tình hình hiện tại và các lựa chọn điều trị của tôi.)

If I have appointed a health care agent who gives instructions that differ from my treatment preferences in PART TWO of this Advance Directive, then I direct that **(Initial only one of the following)**:

(Nếu tôi đã chỉ định một người đại diện chăm sóc sức khỏe và người đại diện này đưa ra các chỉ dẫn khác so với các ưu tiên điều trị của tôi trong PHẦN HAI của Chỉ Thị Trước này, thì tôi yêu cầu **(Chỉ ký nháy vào một trong những lựa chọn sau)**:)

(Initial) _____ (Ký nháy)	<u>Follow Advance Directive:</u> This Advance Directive will override instructions my Health Care Agent gives about prolonging my life. <u>(Tuân Theo Chỉ Thị Trước:</u> Chỉ Thị Trước này sẽ thay thế các chỉ dẫn của Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe của tôi về việc kéo dài sự sống của tôi.)
(Initial) _____ (Ký nháy)	<u>Follow my Health Care Agent:</u> My Health Care Agent has authority to override this Advance Directive. <u>(Làm Theo Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe Của Tôi:</u> Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe của tôi có quyền phủ quyết Chỉ Thị Trước này.)

### **PART FOUR: Making this Advance Directive Complete and Legally Valid** **(PHẦN BỐN: Hoàn Thành và Hợp Pháp Hóa Chỉ Thị Trước Đây)**

Sign and date (or acknowledge signing and dating) this form in the presence of two witnesses. Both witnesses must be emotionally and mentally capable and at least 18 years of age, but the witnesses do not have to be together or present with you when you sign this form.

(Ký và đề ngày (hoặc xác nhận ký và đề ngày) vào mẫu này trước sự hiện diện của hai người làm chứng. Hai người làm chứng đều phải có đủ năng lực về cảm xúc và tinh thần và đủ 18 tuổi; tuy nhiên, người làm chứng không cần phải có mặt cùng nhau hoặc cùng với quý vị tại thời điểm quý vị ký vào mẫu này.)

Name (Họ Tên): \_\_\_\_\_

A witness (Người làm chứng):

- Cannot be a person who was selected to be your health care agent or back-up agent(s)  
(Không được là người từng được chọn làm người đại diện chăm sóc sức khỏe hoặc (những) người đại diện dự phòng của quý vị)
- Cannot be a person who will gain financially from your death  
(Không được là người sẽ hưởng lợi về mặt tài chính nếu quý vị qua đời)
- Cannot be a person who is directly involved in your health care  
(Không được là người trực tiếp tham gia chăm sóc sức khỏe cho quý vị)

Only one of the witnesses may be an employee, agent or medical staff member of the hospital, skilled nursing facility, hospice or other health care facility in which you are receiving health care (but this witness cannot be directly involved in your health care).

(Chỉ một trong hai người làm chứng được là nhân viên, đại diện hoặc nhân viên y tế của bệnh viện, cơ sở điều dưỡng chuyên môn, cơ sở chăm sóc cuối đời hoặc cơ sở chăm sóc sức khỏe khác mà quý vị đang nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe (nhưng người làm chứng này không được trực tiếp tham gia vào việc chăm sóc sức khỏe cho quý vị).)

### My Signature and Date (Chữ Ký Của Tôi và Ngày Tháng)

**This form revokes any advance directive for health care, durable power of attorney for health care, health care proxy, or living will that I have completed before the date indicated beside my signature. This form does not revoke an advance directive for behavioral health treatment.**

**(Mẫu này có hiệu lực hủy bỏ mọi chỉ thị trước về chăm sóc sức khỏe, giấy ủy quyền lâu dài về chăm sóc sức khỏe, giấy ủy quyền chăm sóc sức khỏe hoặc di chúc mà tôi đã lập trước ngày được ghi bên cạnh chữ ký của tôi. Mẫu này không có hiệu lực hủy bỏ chỉ thị trước về điều trị sức khỏe hành vi.)**

**I am emotionally and mentally capable to make this advance directive and I understand its purpose and effect. I agree with everything written in this document and have completed this document of my free will.**

**(Tôi có đủ năng lực về cảm xúc và tinh thần để lập ra chỉ thị trước này và tôi hiểu rõ mục đích và hiệu lực của tài liệu. Tôi đồng ý với tất cả nội dung được nêu trong tài liệu này và đã hoàn thành tài liệu này theo ý muốn của mình.)**

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
(Chữ Ký) (Ngày)

### My Witnesses (Người Làm Chứng Của Tôi)

The maker of this Advance Directive signed this form in my presence or acknowledged signing this form to me. I believe this person to be emotionally and mentally capable of making this advance directive. I am at least 18 years old and I signed this form willingly and voluntarily.

(Người lập Chỉ Thị Trước này đã ký vào mẫu này trước sự chứng kiến của tôi hoặc xác nhận với tôi là đã ký vào mẫu này. Tôi tin rằng người này có đủ năng lực về cảm xúc và tinh thần để lập ra chỉ thị trước này. Tôi đã đủ 18 tuổi và ký vào mẫu này một cách tự nguyện.)

Name (Họ Tên): \_\_\_\_\_

**Witness Number One (Người Làm Chứng Số Một):**

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
(Chữ Ký) (Ngày)

Printed Name of Witness \_\_\_\_\_  
(Tên Viết In Hoa Của Người Làm Chứng)

Address \_\_\_\_\_  
(Địa Chỉ)

**Witness Number Two (Người Làm Chứng Số Hai):**

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
(Chữ Ký) (Ngày)

Printed Name of Witness \_\_\_\_\_  
(Tên Viết In Hoa Của Người Làm Chứng)

Address \_\_\_\_\_  
(Địa Chỉ)

**\*\*\*\*\*This form DOES NOT need to be notarized\*\*\*\*\*  
(\*\*\*\*\*Mẫu này KHÔNG yêu cầu công chứng\*\*\*\*\*)**