

Honoring Choices Massachusetts
Mẫu Đơn và Hướng Dẫn Ủy Quyền về Chăm Sóc Sức Khỏe của Tiểu Bang Massachusetts

Hướng dẫn: Những người trưởng thành đủ năng lực từ 18 tuổi trở lên đều có quyền chỉ định một người đại diện Chăm Sóc Sức Khỏe trong bản Ủy Quyền về Chăm Sóc Sức Khỏe. Để lập bản Ủy Quyền Chăm Sóc Sức Khỏe hợp pháp của quý vị bằng tiếng Việt và tiếng Anh, vui lòng in ra bốn trang tài liệu này để thấy các tờ Hướng Dẫn và hai mẫu điền còn trống trước mặt quý vị. Làm theo các hướng dẫn và điền cả hai tờ với thông tin và ngày giống hoàn toàn như nhau. Trước hết, hãy điền mẫu văn bản bằng tiếng Việt, sau đó ký tên và điền ngày tháng trước sự có mặt của hai người làm chứng, những người này sẽ ký tên và ghi ngày tháng sau quý vị. Sau đó điền vào bản tiếng Anh với các thông tin và ngày tháng giống y như mẫu tiếng Việt, sau đó ký tên và điền ngày tháng trước mặt hai người làm chứng, họ sẽ ký tên và ghi ngày tháng sau quý vị.

1. Tên và Địa Chỉ của quý vị

Viết họ tên đầy đủ của quý vị bằng chữ in vào ô trống. Viết địa chỉ của quý vị bằng chữ in.

2. Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe của tôi là:

Viết bằng chữ in tên, địa chỉ và số điện thoại của Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe của quý vị.

- Chọn một người mà quý vị tin tưởng để nhờ quyết định các vấn đề về chăm sóc sức khỏe cho quý vị dựa trên các lựa chọn, giá trị và quan điểm của quý vị, nếu quý vị không thể tự ra quyết định hoặc không thể truyền đạt quyết định của mình.
- Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe của quý vị và Người Đại Diện Thay Thế không thể là người quản lý, điều hành, hoặc nhân viên của một cơ quan nơi quý vị là bệnh nhân hoặc bệnh nhân nội trú hoặc đã xin nhập viện, trừ khi họ là họ hàng người thân của quý vị theo mối quan hệ ruột thịt, hôn nhân hoặc qua diện con nuôi.

3. Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe Thay Thế của tôi:

Viết bằng chữ in tên, địa chỉ và số điện thoại của Người Đại Diện Thay Thế của quý vị.

- Chọn một người mà quý vị tin tưởng để quyết định các vấn đề về chăm sóc sức khỏe nếu Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe của quý vị không thể có mặt, không muốn hoặc không đủ năng lực làm việc đó, hoặc biết trước là sẽ không thể ra quyết định kịp thời.

4. Thẩm Quyền của Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe của tôi:

Đây là phần quý vị giao cho Người Đại Diện của quý vị thẩm quyền hoặc quyền hạn quyết định thay cho quý vị.

- Nếu quý vị muốn người đại diện của quý vị quyết định tất cả các vấn đề trong mọi trường hợp, quý vị chỉ cần để trống phần này.
- Nếu có một số vấn đề quý vị không muốn Người Đại Diện của quý vị quyết định hoặc đưa ra bất kỳ chỉ dẫn nào, hãy ghi các giới hạn về thẩm quyền hoặc chỉ dẫn trong phần trống có sẵn.

5. Chữ Ký và Ngày Tháng:

Ký họ tên đầy đủ của quý vị trước sự có mặt của hai người làm chứng đã thành niên, những người này sẽ ký tên sau khi quý vị đã ký. Viết ngày bằng chữ in.

- Quý vị có thể nhờ người ký tên của quý vị theo chỉ dẫn của quý vị trước sự có mặt của hai người làm chứng.

Honoring Choices Massachusetts
Mẫu Đơn và Hướng Dẫn Ủy Quyền về Chăm Sóc Sức Khỏe của Tiểu Bang Massachusetts

6. Phần Xác Nhận và Chữ Ký của Người Làm Chứng:

Bất kỳ người trưởng thành nào đủ năng lực đều có thể làm chứng, trừ Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe và Người Đại Diện Thay Thế của quý vị.

- Hai người trưởng thành phải có mặt để làm chứng vào thời điểm ký văn kiện này. Họ sẽ quan sát quý vị ký tên, hoặc người khác ký theo chỉ dẫn của quý vị và ký tên sau quý vị để xác nhận quý vị đã ít nhất 18 tuổi, trí óc minh mẫn, và không bị ép buộc hoặc bị tác động từ người khác.
- Đề nghị Người Làm Chứng Thứ Nhất ký tên, sau đó viết bằng chữ in tên của ông ấy hoặc bà ấy và ghi ngày tháng;
- Sau đó đề nghị Người Làm Chứng Thứ Hai ký tên và ghi bằng chữ in tên của ông ấy hoặc bà ấy và ghi ngày tháng.

7. Xác Nhận của Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe: (Không bắt buộc)

Mục này không bắt buộc, tuy nhiên có thể giúp các bác sĩ và gia đình của quý vị biết là những Người Đại Diện mà quý vị ủy quyền đã chấp nhận vai trò đó. Để sử dụng mục này, đề nghị (các) Người Đại Diện của quý vị ký tên và ghi ngày tháng trong các ô trống cho sẵn.

Quan trọng: Quý vị nên điền cả hai bản tiếng Việt và tiếng Anh cùng một lúc. Bảo đảm cả hai bản đều có các thông tin giống hệt nhau và được ký tên, ghi ngày tháng và được làm chứng. Lập một bản sao để đưa cho Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe của quý vị và đưa một bản sao cho các bác sĩ của quý vị để lưu trong hồ sơ bệnh án của quý vị.

Mẫu Đơn Ủy Quyền về Chăm Sóc Sức Khỏe của Tiểu Bang Massachusetts

1. Tôi _____ Địa chỉ _____,

ủy quyền cho người sau đây làm Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe của tôi. Người này có thẩm quyền quyết định các vấn đề về chăm sóc sức khỏe thay mặt cho tôi. Thẩm quyền này bắt đầu có hiệu lực nếu bác sĩ điều trị cho tôi ra quyết định bằng văn bản là tôi không đủ năng lực để tự quyết định hoặc truyền đạt các quyết định về chăm sóc sức khỏe của bản thân tôi, chiếu theo mục 201D của các Bộ Luật Tổng Quát Tiểu Bang Massachusetts.

2. Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe của tôi là:

Tên: _____ Địa chỉ: _____

Số điện thoại: _____; _____; _____

3. Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe Thay Thế của tôi:

Nếu người đại diện của tôi không thể có mặt, không muốn hoặc không đủ khả năng hoặc biết trước là sẽ không thể ra quyết định kịp thời, tôi chỉ định người thay thế là:

Tên: _____ Địa chỉ: _____

Số điện thoại: _____; _____; _____

4. Thẩm Quyền của Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe của tôi

Tôi cho Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe của tôi thẩm quyền giống như tôi trong việc quyết định bất kỳ và tất cả các vấn đề về chăm sóc sức khỏe, trong đó bao gồm cả quyết định về điều trị duy trì sự sống, ngoại trừ (ghi các giới hạn đối với thẩm quyền hoặc đưa ra chỉ dẫn, nếu có): _____

Tôi cho phép Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe của tôi quyết định các vấn đề về chăm sóc sức khỏe dựa trên nhận định của ông ta hoặc bà ta về các lựa chọn, giá trị và quan điểm của tôi nếu biết, và vì lợi ích tốt nhất của tôi nếu không biết. Tôi cho người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi các quyền hạn tương tự như tôi để sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe và hồ sơ bệnh án của tôi theo quy định của Đạo Luật Trách Nhiệm Giải Trình và Khả Năng Chuyển Đổi Bảo Hiểm Sức Khỏe ban hành năm 1996 (*Health Insurance Portability and Accountability Act - HIPAA*), 42 U.S.C. 1320d. Bản sao của Giấy Ủy Quyền Chăm Sóc Sức Khỏe này có hiệu lực và giá trị giống như bản gốc.

5. **Chữ Ký và Ngày Tháng.** Tôi ký tên tôi và ghi ngày tháng vào mẫu đơn Ủy Quyền Chăm Sóc Sức Khỏe này trước sự có mặt của hai nhân chứng.

KÝ TÊN _____ NGÀY _____

6. Phần Xác Nhận và Chữ Ký của Người Làm Chứng (Bắt buộc)

Chúng tôi, những người ký tên dưới đây, đã chứng kiến người ký tên ở trên ký giấy này hoặc ký theo chỉ thị của người có tên ở trên và xác nhận là người ký tên có diện mạo đã ít nhất 18 tuổi, trí tuệ minh mẫn và không bị ép buộc hoặc tác động từ người khác. Cả hai chúng tôi đều không phải là đại diện chăm sóc sức khỏe hoặc người đại diện thay thế.

Người Làm Chứng Thứ Nhất

Ký tên: _____

Viết tên bằng chữ in: _____

Ngày: _____

Người Làm Chứng Thứ Hai

Ký tên: _____

Viết tên bằng chữ in: _____

Ngày: _____

7. Xác Nhận của Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe: (Không bắt buộc)

Chúng tôi đã đọc kỹ tài liệu này và chấp nhận sự ủy quyền nói trên.

Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe _____ Ngày _____

Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe Thay Thế _____ Ngày _____

Massachusetts Health Care Proxy

1. I, _____ Address: _____,

appoint the following person to be my Health Care Agent with the authority to make health care decisions on my behalf. This authority becomes effective if my attending physician determines in writing that I lack the capacity to make or communicate health care decisions myself, according to Chapter 201D of the General Laws of Massachusetts.

2. My Health Care Agent is:

Name: _____ Address: _____

Phone(s): _____; _____; _____

3. My Alternate Health Care Agent

If my Agent is not available, willing or competent, or not expected to make a timely decision, I appoint:

Name: _____ Address: _____

Phone(s): _____; _____; _____

4. My Health Care Agent's Authority

I give my Health Care Agent the same authority I have to make any and all health care decisions including life-sustaining treatment decisions, except (list limits to authority or give instructions, if any):

_____.

I authorize my Health Care Agent to make health care decisions based on his or her assessment of my choices, values and beliefs if known, and in my best interest if not known. I give my Health Care Agent the same rights I have to the use and disclosure of my health information and medical records as governed by the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA), 42 U.S.C. 1320d. Photocopies of this Health Care Proxy have the same force and effect as the original.

5. **Signature and Date.** I sign my name and date this Health Care Proxy in the presence of two witnesses.

SIGNED _____ DATE _____

6. Witness Statement and Signature (Required)

We, the undersigned, have witnessed the signing of this document by or at the direction of the signatory above and state the signatory appears to be at least 18 years old, of sound mind and under no constraint or undue influence. Neither of us is the health care agent or alternate agent.

Witness One

Signed: _____

Print Name: _____

Date: _____

Witness Two

Signed: _____

Print Name: _____

Date: _____

7. Health Care Agent Statement (Optional):

We have read this document carefully and accept the appointment.

Health Care Agent _____ Date _____

Alternate Health Care Agent _____ Date _____