SANFORD HEALTH

Advanced Care Plan
Kế Hoạch Chăm Sóc Sức Khỏe Tương Lai

My Advance Care Plan
Kế Hoạch Chăm Sóc Sức Khỏe Tương Lai Của Tôi

I have completed this Advance Directive with much thought. This document gives my treatment choices and preferences, and/or appoints a Health Care Agent (also known as Health Care Power of Attorney) to speak for me if I cannot communicate or make my own health care decisions. My Health Care Agent, if named, is able to make medical decisions for me, including the decision to refuse treatments that I do not want.

Tôi đã hoàn thành Bản Chỉ Dẫn Cho Tương Lai này sau khi cân nhắc kỹ lưỡng. Tài liệu này cung cấp các lựa chọn và mong muốn điều trị, và/hoặc chỉ định một Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe (hay còn gọi là Người Ủy Quyền Chăm Sóc Sức Khỏe) thay mặt tôi nếu tôi không có khả năng giao tiếp hoặc tự đưa ra các quyết định về việc chăm sóc sức khỏe bản thân. Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe Của Tôi, nếu được nêu tên, sẽ có khả năng thay mặt tôi đưa ra các quyết định về mặt y học, bao gồm cả quyết định từ chối các điều trị mà tôi không mong muốn.

This document will replace any previous advance directive.

Tài liệu này sẽ thay thế bất kỳ các chỉ dẫn lên kế hoạch trước đó.

My name *(Tên của tôi)*: _____

Date *(Ngày)*: _____

My date of birth *(Ngày tháng năm sinh của tôi)*: _____

My address *(Địa chỉ của tôi)*: _____

My telephone numbers: (home) *(Số điện thoại của tôi (SĐT nhà))*_____

(cell *(SĐT cá nhân)*)_____

☐ My initials here indicate a professional medical interpreter helped me complete this document.
Tên viết tắt của tôi ở đây chỉ ra rằng đã có một phiên dịch viên y khoa chuyên nghiệp đã giúp tôi hoàn thành tài liệu này.

SANFORD HEALTH

Advanced Care Plan / *Kế Hoạch Chăm Sóc Sức Khỏe Tương Lai*

Part 1: My Health Care Agent

(Also Known as Health Care Power of Attorney)

Phần 1: Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe

(Hay còn gọi là Người Ủy Quyền Chăm Sóc Sức Khỏe)

If I cannot communicate my wishes and health care decisions due to illness or injury, or if my health care team determines that I cannot make my own health care decisions, I choose the person named below to communicate my wishes and make my health care decisions. My health care agent must:

- Follow my health care instructions in this document
- Follow any other health care instructions I have given to him or her
- Make decisions in my best interest and in accordance with accepted medical standards

Nếu tôi không thể tự nói ra các nguyện vọng và các quyết định về chăm sóc sức khỏe, do lý do bệnh tật hoặc chấn thương, hoặc đội ngũ chăm sóc sức khỏe của tôi nhận định rằng tôi không thể tự đưa ra các quyết định về chăm sóc sức khỏe, tôi sẽ chọn người có tên dưới đây để nói thay tôi các nguyện vọng và đưa ra các quyết định về chăm sóc sức khỏe cho tôi. Người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi bắt buộc phải:

- *Thực hiện đúng các chỉ dẫn về chăm sóc sức khỏe của tôi được ghi trong tài liệu này*
- *Thực hiện đúng các chỉ dẫn về chăm sóc sức khỏe khác mà tôi đã hướng dẫn anh/cô ấy*
- *Đưa ra các quyết định theo nguyện vọng mong muốn của tôi và dựa theo các quy chuẩn y khoa được đồng thuận*

SANFORD HEALTH

Advanced Care Plan / *Kế Hoạch Chăm Sóc Sức Khỏe Tương Lai*

Requirements for Who May Be an Agent or Health Care Power of Attorney Under State Law

Những Yêu Cầu Dành Cho Người Đại Diện Hoặc Ủy Quyền Chăm Sóc Sức Khỏe Theo Pháp Luật Của Bang

Iowa: My agent cannot be a health care provider caring for me on the date I sign this document. My agent also cannot be an employee of a health care provider unless related to me by blood, marriage, or adoption within the third degree of relation.

Bang Iowa: *Người đại diện của tôi không thể là nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho tôi vào ngày tôi ký vào tài liệu này. Người đại diện của tôi cũng không thể là nhân viên của một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trừ khi người đó và tôi có quan hệ huyết thống, hôn nhân hoặc nhận nuôi tính từ 3 đời phả hệ đổ lại.*

Minnesota: My agent must be an adult. My agent cannot be a health care provider or employee of a health care provider giving me direct care unless I am related to that person by blood or marriage, registered domestic partnership, or adoption or unless I have specified otherwise in this document

(Specify here: _____).
In addition, a person appointed to determine my capacity to make decisions cannot be my agent.

Bang Minnesota: *Người đại diện của tôi phải là một người trưởng thành. Người đại diện của tôi không thể là nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc nhân viên của nhà cung cấp dịch vụ sức khỏe trừ khi tôi và người đó có mối quan hệ huyết thống hay hôn nhân, người chung sống có đăng ký, hoặc nhận nuôi hoặc trừ khi tôi có nêu rõ điều ngược lại trong tài liệu này (Cụ thể như sau:*

_____).
Bên cạnh đó, người được chỉ định đưa ra nhận định liệu tôi có còn khả năng đưa ra quyết định hay không, sẽ không thể là người đại diện của tôi.

North Dakota: My agent must be an adult. My agent cannot be: 1) my health care provider; 2) someone who is an employee of my health care provider but is not related to me; 3) my long term care services provider; or 4) someone who is an employee of my long term care services provider but is not related to me.

Bang Bắc Dakota: *Người đại diện của tôi phải là một người trưởng thành. Người đại diện của tôi không thể là: 1) nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi; 2) nhân viên của một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, nhưng không có quan hệ gì với tôi; 3) nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe dài hạn của tôi; or 4) nhân viên của một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe dài hạn của tôi.*

South Dakota: My agent must be an adult.

Bang Nam Dakota: *Người đại diện của tôi phải là một người trưởng thành.*

SANFORD HEALTH

Advanced Care Plan / *Kế Hoạch Chăm Sóc Sức Khỏe Tương Lai*

My Primary (Main) Health Care Agent Is:
Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe Chính Của Tôi Là:

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

Telephone numbers: (H) *Số điện thoại: (SĐT nhà)*_____ (C *(SĐT cá nhân)*)_____

(W *(SĐT công việc)*)_____

Full address *(Địa chỉ nhà đầy đủ)*: _____

If my primary agent is not willing, able, or reasonably available to make health care decisions for me, I choose an alternate Health Care Agent.

Nếu người đại diện chính của tôi không sẵn sàng, không đủ khả năng hoặc không thể hiện diện để thay mặt tôi đưa ra các quyết định, tôi sẽ chọn một Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe khác thay thế.

My Alternate Health Care Agent Is:
Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe Thay Thế Của Tôi Là:

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

Telephone numbers: (H) *Số điện thoại: (SĐT nhà)*_____ (C *(SĐT cá nhân)*)_____

(W *(SĐT công việc)*)_____

Full address *(Địa chỉ nhà đầy đủ)*: _____

Powers of My Health Care Agent:
Quyền Của Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe Của Tôi:

My Health Care Agent automatically has all the following powers when I do not have the capacity to make decisions and/or I am unable to communicate for myself:

Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe Của Tôi tự động có tất cả những quyền sau đây nếu tôi không có khả năng đưa ra các quyết định và/hoặc không thể lên tiếng cho bản thân:

A. Agree to, refuse, or cancel decisions about my health care. This includes tests, medications, surgery, withdrawing or starting artificial nutrition and hydration (such as tube feedings or IV (intravenous) fluids), and other decisions related to treatments. If treatment has already begun, my agent can continue it or stop it based on my instructions.

   Đồng ý, từ chối hoặc hủy bỏ các quyết định về việc chăm sóc sức khỏe của tôi. Những điều trên bao gồm các kiểm tra, phẫu thuật, ngưng hoặc bắt đầu sử dụng phương pháp truyền nước và dinh dưỡng nhân tạo (ví dụ như bón thức ăn qua ống hoặc truyền dịch lỏng qua mạch máu), và các quyết định khác liên quan đến phương pháp điều trị. Nếu phương pháp điều trị đã được tiến hành, người đại diện có thể tiếp tục hoặc ngưng việc điều trị lại, dựa theo những chỉ dẫn của tôi.

Advanced Care Plan / *Kế Hoạch Chăm Sóc Sức Khỏe Tương Lai*

B. Interpret any instruction in this document based on his or her understanding of my wishes, values and beliefs.

Diễn giải bất kỳ hướng dẫn trong tài liệu này dựa trên cách hiểu của người đại diện về những mong muốn, giá trị và niềm tin của tôi.

C. Review and release my medical records and personal files as needed for my health care, as stated in the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA).

Xem xét và công bố hồ sơ bệnh án của tôi và những tài liệu cá nhân cần thiết cho quy trình chăm sóc sức khỏe của tôi, dựa theo Đạo luật về trách nhiệm giải trình và cung cấp bảo hiểm y tế năm 1996 (HIPAA).

D. Arrange for my health care and treatment in a location he or she thinks is appropriate.

Sắp xếp các dịch vụ chăm sóc y tế và phương pháp điều trị ở nơi mà người đại diện nghĩ là thích hợp.

E. Decide which health care providers and organizations provide my health care.

Lựa chọn nhà tổ chức và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho tôi.

F. Make decisions about organ and tissue donation according to my instructions in Part 2 of this document.

Đưa ra các quyết định về việc hiến mô và tạng dựa theo những chỉ dẫn của tôi ở Phần 2 trong tài liệu này.

Comments or limits on the above *(Những nhận xét hoặc giới hạn cho những điều trên)*: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

The ACP of (*Kế Hoạch Chăm Sóc Sức Khỏe Tương Lai của*)_____(print name) (*tên viết hoa*)
Birth Date (*Ngày Tháng Năm Sinh*)_____ **Completion Date** (*Ngày Hoàn Thành Mẫu Đơn*) _____

SANFORD HEALTH

Advanced Care Plan / *Kế Hoạch Chăm Sóc Sức Khỏe Tương Lai*

Additional Powers of My Health Care Agent:

Quyền Bổ Sung Của Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe Của Tôi:

My initials below indicate I also authorize my health care agent to:

Tên viết tắt của tôi dưới đây chỉ ra rằng tôi đã trao thẩm quyền cho người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi để:

☐ Make decisions about the care of my body after death.
Đưa ra các quyết định về cơ thể của tôi sau khi tôi mất.

If I live in North Dakota or Minnesota, my initials below indicate I also authorize my health care agent to:

Nếu tôi sống ở bang Bắc Dakota hoặc Minnesota, tên viết tắt của tôi dưới đây chỉ ra rằng tôi đã trao thẩm quyền cho người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi để:

☐ Continue as my health care agent even if our marriage or domestic partnership is legally ending or has been ended.

Tiếp tục làm người đại diện chăm sóc sức khỏe thậm chí nếu mối quan hệ hôn nhân hoặc chung sống đã hoặc đang sắp kết thúc về mặt pháp lý.

☐ Make health care decisions for me even if I am able to decide or speak for myself, if I so choose.

Đưa ra các quyết định chăm sóc sức khỏe thay cho tôi, thậm chí nếu tôi vẫn còn khả năng quyết định hoặc lên tiếng cho bản thân, nếu tôi lựa chọn như vậy.

SANFORD HEALTH

Advanced Care Plan / *Kế Hoạch Chăm Sóc Sức Khỏe Tương Lai*

Part 2: My Health Care Instructions

Phần 2: Hướng Dẫn Chăm Sóc Sức Khỏe Của Tôi

My choices and preferences for health care are indicated below. I ask my Health Care Agent to communicate these choices, and my health care team to honor them, if I cannot communicate or make my own choices.

Những lựa chọn và mong muốn về chăm sóc sức khỏe của tôi được nêu rõ dưới đây. Tôi yêu cầu Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe nói ra các lựa chọn đó, và yêu cầu đội ngũ chăm sóc sức khỏe sẽ tôn trọng làm theo, nếu tôi không thể nói ra hoặc tự đưa ra quyết định.

I have initialed a box below for the option I prefer for each situation.
Tôi có ký tắt tên vào ô dưới đây cho những lựa chọn mà tôi mong muốn cho từng trường hợp.

Note: You do not need to write instructions about treatments to extend your life, but it is helpful to do so. If you do not have written instructions, your agent will make decisions based on your spoken wishes, or in your best interest if your wishes are unknown.

Ghi Chú: Bạn không cần phải viết ra những chỉ dẫn về phương pháp điều trị giúp kéo dài sự sống, nhưng nếu có thì sẽ hữu ích hơn. Nếu bạn không viết ra những chỉ dẫn, người đại diện của bạn sẽ đưa ra các quyết định dựa trên mong muốn do bạn nói trước đó, hoặc dựa trên sở thích phù hợp nhất nếu không biết được mong muốn của bạn.

A. Cardiopulmonary Resuscitation: A Decision for the Present

Hồi Sức Tim Phổi: Quyết Định Cho Hiện Tại

This decision refers to a treatment choice I am making today based on my current health. **Section C below (Treatments to Prolong My Life: A Decision for the Future)** indicates treatment choices I want if my health changes in the future and I cannot communicate for myself.

*Quyết định này nói đến lựa chọn điều trị mà tôi đưa ra hôm nay dựa trên tình trạng sức khỏe hiện tại. **Mục C bên dưới (Các Phương Pháp Điều Trị Kéo Dài Sự Sống Của Tôi: Quyết Định Cho Tương Lai)** chỉ rõ các lựa chọn điều trị mà tôi mong muốn nếu sức khỏe của tôi có những chuyển biến trong tương lai và tôi không thể tự lên tiếng cho bản thân.*

CPR is a treatment used to attempt to restore heart rhythm and breathing when they have stopped. CPR may include chest compressions (forceful pushing on the chest to make the blood circulate), medications, electrical shocks, a breathing tube, and hospitalization.

Hồi sức tim phổi là phương pháp được áp dụng với nỗ lực khôi phục nhịp tim và nhịp thở khi tim phổi ngưng hoạt động. Hồi sức tim phổi có thể bao gồm ép tim ngoài lồng ngực (nhấn mạnh vào lồng ngực để giúp máu lưu thông), sử dụng thuốc, sốc điện, sử dụng ống thở và nhập viện.

I understand that CPR can save a life but does not always work. I also understand that CPR does not work as well for people who have chronic (long-term) diseases or impaired functioning, or both. I understand that recovery from CPR can be painful and difficult.

Tôi hiểu rằng việc hồi sức tim phổi có thể giúp cứu lấy mạng sống, nhưng không phải lúc nào cũng có tác dụng. Tôi cũng hiểu rằng hồi sức tim phổi có thể không phát huy hết tác dụng cho những người mắc những căn bệnh mãn tính (kinh niên) hoặc bị suy giảm chức năng, hoặc cả 2 điều trên. Tôi hiểu rằng việc hồi phục sau quá trình hồi sức tim phổi có thể gây ra nhiều khó khăn và đau đớn.

SANFORD HEALTH

Advanced Care Plan / *Kế Hoạch Chăm Sóc Sức Khỏe Tương Lai*

Therefore (initial one)

Vì vậy (viết tắt của tên)

☐ I want CPR attempted if my heart or breathing stops.

Tôi muốn biện pháp hồi sức tim phổi được áp dụng nếu tim hoặc hô hấp của tôi ngừng hoạt động.

Or *(Hoặc)*

☐ I want CPR attempted if my heart or breathing stops based on my current state of health. However, in the future if my health has changed, then my agent or I (if I am able) should discuss CPR with my health care team. My choices in **Section B: Treatment Preferences and Section C: Treatments to Prolong My Life** below should be considered when making this decision Examples of when my health has changed include:

Tôi muốn biện pháp hồi sức tim phổi được áp dụng nếu tim hoặc hô hấp của tôi ngừng hoạt động, dựa trên tình trạng sức khỏe hiện tại của tôi. Tuy nhiên, trong tương lai nếu sức khỏe của tôi có biến chuyển, đại diện của tôi hoặc bản thân tôi (nếu tôi còn khả năng) sẽ thảo luận về việc hồi sức tim phổi với đội ngũ chăm sóc sức khỏe của tôi. Lựa chọn của tôi ở Mục B: Các Mong Muốn Điều Trị và Mục C: Các Biện Pháp Điều Trị Để Kéo Dài Sự Sống dưới đây nên được cân nhắc trước khi đưa ra quyết định. Các ví dụ về việc sức khỏe của tôi sẽ biến chuyển, bao gồm các điều như:

- I have an incurable illness or injury and am dying
  Tôi mắc phải căn bệnh hoặc chấn thương không thể chữa trị và đang dần chết đi.
- I have no reasonable chance of survival if my heart or breathing stops
  Tôi không có cơ hội sống sót nào nếu tim hoặc hô hấp của tôi ngưng hoạt động.
- I have little chance of long-term survival if my heart or breathing stops and CPR would cause significant suffering
  Tôi có rất ít cơ hội để sống lâu hơn nếu tim hoặc hô hấp của tôi ngưng hoạt động và biện pháp hồi sức tim phổi có thể gây ra những đau đớn nghiêm trọng

Or *(Hoặc)*

☐ I do not want CPR attempted if my heart or breathing stops. I want to allow a natural death. I understand if I choose this option I should see my health care provider about writing a Do Not Resuscitate (DNR) order.

Tôi không muốn biện pháp hồi sức tim phổi được áp dụng nếu tim hoặc hô hấp của tôi ngừng hoạt động. Tôi cho phép cái chết tự nhiên đến với mình. Tôi hiểu rằng nếu tôi lựa chọn điều này, tôi nên gặp nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi để có văn bản yêu cầu Không Hồi Sức.

SANFORD HEALTH

Advanced Care Plan / *Kế Hoạch Chăm Sóc Sức Khỏe Tương Lai*

B. Treatment Choices: My Health Condition

Các Lựa Chọn Điều Trị: Tình Trạng Sức Khỏe Của Tôi

My treatment choices for my specific health condition(s) are written here. With any treatment choice, I understand I will continue to receive pain and comfort medicines, as well as food and liquids by mouth if I am able to swallow.

Các lực chọn điều trị cho (các) tình trạng sức khỏe cụ thể của tôi được viết ra dưới đây. Với bất kỳ lựa chọn điều trị nào, tôi đều hiểu rằng tôi sẽ tiếp tục nhận thuốc giảm đau, cũng như tiêu hóa thức ăn và các chất lỏng qua đường miệng nếu tôi còn khả năng tự nuốt được.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

☐ My initials here indicate additional documents are attached.

Tên viết tắt của tôi ở đây chỉ ra rằng các tài liệu bổ sung đã được đính kèm.

SANFORD HEALTH

Advanced Care Plan / *Kế Hoạch Chăm Sóc Sức Khỏe Tương Lai*

C. Treatments to Prolong My Life: A Decision for the Future

Các Phương Pháp Điều Trị Kéo Dài Sự Sống Của Tôi: Quyết Định Cho Tương Lai

If I can no longer make decisions for myself, and my health care team and agent believe I will not recover my ability to know who I am, I want (Initial One):

Nếu tôi không thể tự đưa ra quyết định cho bản thân mình nữa, và đội ngũ và người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi nhận định rằng tôi không thể khôi phục khả năng nhận biết mình là ai, tôi mong muốn (Viết tắt của tên):

NOTE: With either choice, I understand I will continue to receive pain and comfort medicines, as well as food and liquids by mouth if I am able to swallow.

GHI CHÚ: Với bất kỳ lựa chọn điều trị nào, tôi đều hiểu rằng tôi sẽ tiếp tục chịu đau đớn và được nhận thuốc giảm đau, cũng như tiêu hóa thức ăn và các chất lỏng qua đường miệng nếu tôi còn khả năng tự nuốt được.

☐ **To stop or withhold all treatments** that may extend my life. This includes but is not limited to artificial nutrition and hydration (for example, tube feedings and IV (intravenous) fluids), respirator/ventilator (breathing machine), cardiopulmonary resuscitation (CPR), dialysis, and antibiotics.

Để dừng hoặc tạm ngưng các biện pháp điều trị giúp kéo dài sự sống của tôi. Các biện pháp đó bao gồm nhưng không giới hạn việc truyền nước và các chất dinh dưỡng nhân tạo (ví dụ, bón thức ăn bằng ống dẫn và truyền dịch lỏng qua mạch máu), máy thông khí (máy thở), hồi sức tim phổi (CPR), phương pháp thẩm tách, và thuốc kháng sinh.

Or *(Hoặc)*

☐ **All treatments recommended** by my health care team. This includes but is not limited to artificial nutrition and hydration (for example, tube feedings, IV (intravenous) fluids), respirator/ventilator (breathing machine), cardiopulmonary resuscitation (CPR), dialysis, and antibiotics. I want treatments to continue until my health care team and agent agree such treatments are harmful or no longer helpful.

Tất cả các phương pháp điều trị được khuyến nghị bởi đội ngũ chăm sóc sức khỏe của tôi. Các biện pháp đó bao gồm nhưng không giới hạn việc truyền nước và các chất dinh dưỡng nhân tạo (ví dụ, bón thức ăn bằng ống dẫn và truyền dịch lỏng qua mạch máu), máy thông khí (máy thở), hồi sức tim phổi (CPR), phương pháp thẩm tách, và thuốc kháng sinh. Tôi muốn tiếp tục duy trì các biện pháp điều trị cho đến khi đội ngũ và người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi xác nhận rằng những biện pháp điều trị đó gây hại cho tôi hoặc không còn tác dụng nữa.

Comments or directions to my health care team:
Những nhận xét hoặc hướng dẫn dành cho đội ngũ chăm sóc sức khỏe của tôi:

_____

_____

_____

SANFORD HEALTH

Advanced Care Plan / *Kế Hoạch Chăm Sóc Sức Khỏe Tương Lai*

D. Organ Donation (Initial One)

Hiến Tạng (Viết tắt của tên)

☐ I want to donate my eyes, tissues and/or organs, if able. My Health Care Agent may start and continue treatments or interventions needed to maintain my organs, tissues and eyes until donation has been completed. My specific wishes (if any) are:

Tôi muốn hiến tặng mắt, các mô và/hoặc cơ quan nội tạng của tôi, nếu có thể. Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe của tôi có thể cho phép và tiếp tục các phương pháp điều trị hoặc can thiệp cần thiết để giữ nguyên các nội tạng, mô và mắt tôi cho đến khi việc hiến tặng được hoàn tất. Các nguyện vọng cụ thể của tôi (nếu có) là:

_____

_____

_____

☐ I do not want to donate my eyes, tissues and/or organs.

Tôi không muốn hiến tặng mắt, các mô và/hoặc cơ quan nội tạng của tôi.

Or *(Hoặc)*

☐ My Health Care Agent can decide.
Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe Của Tôi có thể quyết định vấn đề này.

E. Autopsy (Initial One)

Khám Nghiệm Tử Thi (Viết tắt của tên)

☐ I want my agent to make decisions about an autopsy of my body.

Tôi mong muốn người đại diện đưa ra các quyết định về việc khám nghiệm tử thi cho cơ thể của tôi.

☐ I do not want an autopsy unless required by law.

Tôi không muốn việc khám nghiệm tử thi được tiến hành trừ khi luật pháp yêu cầu.

SANFORD HEALTH

Advanced Care Plan / *Kế Hoạch Chăm Sóc Sức Khỏe Tương Lai*

F. Comments or Directions to My Health Care Team

Những nhận xét hoặc hướng dẫn dành cho đội ngũ chăm sóc sức khỏe của tôi

You may use this space to write any additional instructions or messages to your health care team which have not been covered in this directive, or to elaborate on a point for clarification. You may also leave this space blank.

Bạn có thể sử dụng khoảng trống dưới đây để viết ra bất kì lời nhắn hoặc chỉ dẫn bổ sung không được bao gồm trong bảng hướng dẫn này, và gửi đến đội ngũ chăm sóc sức khỏe của bạn, hoặc để diễn giải một cách rõ ràng về một điểm nào đó. Bạn cũng có thể để trống phần này.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

☐ My initials here indicate additional documents are attached.

Tên viết tắt của tôi ở đây chỉ ra rằng các tài liệu bổ sung đã được đính kèm.

SANFORD HEALTH

Advanced Care Plan / *Kế Hoạch Chăm Sóc Sức Khỏe Tương Lai*

Part 3: My Hopes and Wishes (Optional)

Những Hy Vọng Và Ước Muốn Của Tôi (Không bắt buộc)

I want my loved ones to know my following thoughts and feelings.
Tôi muốn người thân yêu biết được những suy nghĩ và tâm tư dưới đây.

The things that make life most worth living to me are:
Những điều khiến tôi thấy cuộc đời đáng sống nhất đó là:

_____

_____

My beliefs about when life would be no longer worth living:
Suy tưởng của tôi về việc khi nào cuộc đời không còn đáng sống nữa:

_____

_____

My thoughts about specific medical treatments, if any:
Ý kiến của tôi về các biện pháp điều trị y tế cụ thể, nếu có:

_____

_____

My thoughts and feelings about how I would like to die and where I would like to die:
Tâm tư và cảm xúc của tôi về cách và nơi tôi muốn ra đi:

_____

_____

If I am nearing my death, I want my loved ones to know that I would appreciate the following for comfort and support (rituals, prayers, music, etc.)**:**
Nếu tôi đang cận kề cái chết, tôi muốn người thân yêu của mình biết được rằng tôi sẽ vô cùng trân quý những sự an ủi và hỗ trợ sau đây (lễ nghi, cầu nguyện, âm nhạc, v.v.):

_____

_____

Religious affiliation:
Các kết nối tôn giáo:

I am of the *(Tôi là một phần của đức tin)*_____, faith, and am a member of *(và là một thành viên của cộng đồng đức tin)*_____ faith community in (city) *(tại (thành phố))*_____.

I would like my Health Care Agent to notify my faith community of my death and arrange for them to provide my funeral/memorial/burial.

Tôi mong muốn Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe của tôi thông báo đến cộng đồng đức tin của tôi và sắp xếp các công việc để họ có thể tổ chức tang lễ/buổi tưởng niệm/mai táng cho tôi.

SANFORD HEALTH

Advanced Care Plan / *Kế Hoạch Chăm Sóc Sức Khỏe Tương Lai*

I would like my funeral to include, if possible, the following (people, music, rituals, etc.):
Nếu có thể, tôi mong muốn tang lễ của tôi sẽ bao gồm những điều sau (về người, âm nhạc, nghi lễ, v.v.):

_____

_____

Other wishes and instructions:
Những ước muốn và chỉ dẫn khác:

_____

_____

☐ My initials here indicate additional documents are attached:
Tên viết tắt của tôi ở đây chỉ ra rằng các tài liệu bổ sung đã được đính kèm:

Part 4: Legal Authority
Thẩm Quyền Pháp Lý

Do not sign unless the witnesses or notary are present.
Không ký vào trừ khi có người chứng kiến hoặc bên công chứng hiện diện.

Note: This document must be notarized or witnessed. [See individual state requirements on page 16]. Two witnesses OR a Notary Public must verify your signature and the date.
Ghi Chú: Tài liệu này cần phải được công chứng hoặc có người chứng kiến. [Xem các yêu cầu cụ thể cho từng bang ở trang 16]. Hai người chứng kiến HOẶC một nhân viên công chứng phải xác nhận chữ ký và ngày ký của bạn.

I have made this document willingly. I am thinking clearly. This document states my wishes about my future health care decisions:

Tôi đã tự nguyện hoàn thành tài liệu này. Tôi đã suy nghĩ thông suốt. Tài liệu này nêu rõ những nguyện vọng cho các quyết định chăm sóc sức khỏe tương lai của tôi:

Signature *(Chữ ký)*_____ Date *(Ngày)*_____

If I cannot sign my name, I ask the following person to sign for me:
Nếu tôi không thể tự ký tên, *tôi sẽ nhờ người sau đây ký giúp tôi:*

Signature (of person asked to sign)
*Chữ ký (của người được nhờ ký giúp)*_____

Date *(Ngày)*_____

Printed Name (*Tên viết in hoa)*_____

SANFORD HEALTH

Advanced Care Plan / *Kế Hoạch Chăm Sóc Sức Khỏe Tương Lai*

Option 1: Notary Public
Lựa chọn 1: Công Chứng

State of *(Bang)* _____ County of *(Hạt)*_____

In my presence on *(Với sự hiện diện vào ngày)*_____ date *(ngày)*,

_____ (name) acknowledged his or her signature on this document, or acknowledged that he or she authorized the person signing this document to sign on his or her behalf. *((tên) xác nhận chữ ký của mình trên tài liệu này, hoặc xác nhận rằng anh/cô ấy đã nhờ người thay mặt mình ký tên vào tài liệu này.)*

Signature of Notary *Chữ Ký Của Bên Công Chứng* _____

Notary Seal *(Dấu Mộc Công Chứng)* _____

My commission expires: *Nhiệm vụ của tôi sẽ kết thúc vào:* _____

Or *(Hoặc)*

Option 2: Statement of Witnesses
Lựa chọn 2: Tuyên Bố Của Người Chứng Kiến

Witness 1: In my presence on *(Người Chứng Kiến 1: Với sự hiện diện của tôi vào ngày)*

_____ (date) (ngày), _____ (name) voluntarily signed this document (or authorized the person signing this document to sign on his or her behalf. (*(tên) tự nguyện kí tên vào tài liệu này (hoặc ủy quyền cho người thay mặt mình ký vào tài liệu này)).*

Signature *(Chữ ký)*_____ Date *(Ngày)*_____

Printed Name *(Tên viết in hoa)*_____

Witness 2: In my presence on *(Người Chứng Kiến 2: Với sự hiện diện của tôi vào)*

_____ (date) (ngày), _____ (name) voluntarily signed this document (or authorized the person signing this document to sign on his or her behalf. (*(tên) tự nguyện kí tên vào tài liệu này (hoặc ủy quyền cho người thay mặt mình ký vào tài liệu này)).*

Signature *(Chữ ký)*_____ Date *(Ngày)*_____

Printed Name *(Tên viết in hoa)*_____

SANFORD HEALTH

Advanced Care Plan / *Kế Hoạch Chăm Sóc Sức Khỏe Tương Lai*

Requirements for witnesses by State
Các Yêu Cầu Cho Người Chứng Kiến Theo Từng Bang

Iowa: Notary Public or 2 adult witnesses are required. A witness cannot be: (1) a provider attending the principal on the date this document is signed; (2) an employee of the provider attending the principal on the date this document is signed; (3) the Health Care Agent named in this document; and (4) at least one witness cannot be related to the principal by blood, marriage, or adoption within the third degree of relation.

Bang Iowa: *Yêu cầu cần có một Nhân Viên Công Chứng hoặc 2 người trưởng thành chứng kiến. Người chứng kiến không thể là: (1) nhà cung cấp tham dự vào ngày thân chủ ký vào tài liệu này; (2) nhân viên của nhà cung cấp tham dự vào ngày thân chủ ký vào tài liệu này; (3) Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe được nêu tên trong tài liệu này; và (4) ít nhất một người chứng kiến không có mối quan hệ nào với thân chủ về mặt huyết thống, hôn nhân, hoặc nhận nuôi tính từ 3 đời phả hệ đổ lại.*

Minnesota: Notary Public or 2 adult witnesses are required. A witness cannot be the Health Care Agent or alternate Health Care Agent. Of the two witnesses, only one can be a health care provider or an employee of a provider giving direct care on the date the document is signed.

Bang Minnesota: *Yêu cầu cần có một Nhân Viên Công Chứng hoặc 2 người trưởng thành chứng kiến. Người chứng kiến không thể là Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe Chính hoặc Thay Thế. Một trong hai nhân chứng, chỉ có một người có thể là nhân viên hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe vào ngày tài liệu này được ký.*

North Dakota: Notary Public or 2 adult witnesses are required. A witness cannot be: (1) the Health Care Agent; (2) the principal's spouse or heir; (3) a person related to the principal by blood, marriage, or adoption; (4) a person entitled to any part of the Estate of the principal upon the death of the principal under a will or deed; (5) any other person who has any claims against the Estate of the principal; (6) a person directly financially responsible for the principal's medical care; or (7) the principal's attending physician. In addition, at least one witness may not be a health care or long term care provider providing direct care to the principal on the date this document is signed or an employee of a health care or long term care provider providing direct care to the principal on the date this document is signed.

Bang Bắc Dakota: *Yêu cầu cần có một Nhân Viên Công Chứng hoặc 2 người trưởng thành chứng kiến. Người chứng kiến không thể là: (1) Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe; (2) người thừa kế hoặc vợ/chồng của thân chủ; (3) người có quan hệ với thân chủ về mặt huyết thông, hôn nhân hay nhận nuôi; (4) người có liên quan đến bất kỳ Tài sản của thân chủ dựa theo di chúc của thân chủ; (5) người có tranh chấp về Tài sản của thân chủ; (6) người chịu trách nhiệm trực tiếp về mặt tài chính cho vấn đề chăm sóc sức khỏe của thân chủ; hoặc (7) bác sĩ vật lý trị liệu cùng tham dự của thân chủ. Bên cạnh đó, ít nhất một người chứng kiến không nên là nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe dài hạn cho thân chủ vào ngày tài liệu này được ký hoặc là nhân viên của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe dài hạn cho thân chủ vào ngày tài liệu này được ký.*

South Dakota: Notary Public or 2 adult witnesses are required.

Bang Nam Dakota: *Yêu cầu cần có một Nhân Viên Công Chứng hoặc 2 người trưởng thành chứng kiến.*

SANFORD HEALTH

Advanced Care Plan / *Kế Hoạch Chăm Sóc Sức Khỏe Tương Lai*

After Completing the Advance Care Plan

Sau Khi Hoàn Thành Kế Hoạch Chăm Sóc Sức Khỏe Tương Lai

Now that I have completed this document, I will:
Bây giờ, tôi đã hoàn thành xong mẫu tài liệu này, tôi sẽ:

☐ Keep the original copy of this document where it can be easily found.
Giữ bản gốc của tài liệu này ở nơi có thể dễ dàng tìm thấy.

☐ Make several copies of this document and give to my:
Sao chép ra nhiều bản tài liệu này và đưa cho:

- Primary and Alternate Health Care Agents
Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe Chính Và Thay Thế Của Tôi
- Doctor and other health care providers
Bác sĩ và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác
- Health care facility (hospital, other) whenever I am admitted, and ask that it be placed in my medical record
Bất cứ khi nào tôi nhập viện vào các cơ sở chăm sóc sức khỏe (bệnh viện, hoặc các cơ sở y tế khác), tôi sẽ yêu cầu thêm tài liệu này vào hồ sơ bệnh án của tôi.

☐ Talk to the rest of my family and close friends who might be involved if I have a serious illness or injury, making sure they know who my Health Care Agent is, and what my wishes are.
Thông báo đến những người có liên quan như các thành viên còn lại trong gia đình và bạn thân của tôi nếu tôi mắc phải chấn thương hoặc bệnh hiểm nghèo, đảm bảo rằng họ biết được Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe của tôi là ai, và những nguyện vọng của tôi là gì.

SANFORD HEALTH

Advanced Care Plan / *Kế Hoạch Chăm Sóc Sức Khỏe Tương Lai*

When to Review Your Advance Care Plan
Khi Nào Tôi Nên Xem Lại Kế Hoạch Chăm Sóc Sức Khỏe Tương Lai

It is common to review and update an advance care plan regularly. You may want to review it with your annual physical exam or whenever any of the "Five D's" occur.

Xem lại và cập nhật thường xuyên kế hoạch chăm sóc sức khỏe tương lai là việc bình thường. Có thể bạn sẽ muốn cân nhắc lại kế hoạch cùng với các kiểm tra thể chất định kỳ hàng năm hoặc có sự thay đổi của một trong "Năm Điều" sau:

- **Decade:** when you start each new decade of your life.
  Mỗi 10 Năm: khi bạn sắp bước sang 10 năm tiếp theo của cuộc đời.
- **Death:** whenever you experience the death of a loved one.
  Mất Mát: bất cứ khi nào bạn phải trải qua việc mất mát một người thân yêu.
- **Divorce:** when you experience a divorce or other major family change.
  Ly Hôn: khi bạn phải trải qua một cuộc ly hôn hoặc một biến cố lớn nào đó trong gia đình.
- **Diagnosis:** when you are diagnosed with a serious health condition.
  Chẩn Đoán Bệnh Tật: khi được chẩn đoán rằng bạn đang gặp vấn đề sức khỏe nghiêm trọng.
- **Decline:** when you experience a significant decline or deterioration of an existing health condition, especially when you are unable to live on your own.
  Sức Khỏe Suy Giảm: khi tình trạng sức khỏe hiện tại của bạn trải qua một sự suy giảm hoặc đi xuống nghiêm trọng, đặc biệt trong trường hợp bạn không còn khả năng tự sinh hoạt.

Copies of This Document Have Been Given To:
Những Bản Sao Chép Của Tài Liệu Này Sẽ Được Gửi Đến:

Primary (main) Health Care Agent
Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe Chính

Name *(Tên)*: _____ Telephone *(Số điện thoại):*_____

Alternate Health Care Agent
Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe Thay Thế

Name *(Tên)*: _____ Telephone *(Số điện thoại):*_____

Health Care Provider/Clinic/Hospital/Family Members
Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe/Cơ Sở Y Tế/Bệnh Viện/Thành Viên Gia Đình

Name *(Tên)*: _____ Telephone *(Số điện thoại):*_____

Name *(Tên)*: _____ Telephone *(Số điện thoại):*_____

Name *(Tên)*: _____ Telephone *(Số điện thoại):*_____

Name *(Tên)*: _____ Telephone *(Số điện thoại):*_____

Name *(Tên)*: _____ Telephone *(Số điện thoại):*_____

SANFORD HEALTH

Advanced Care Plan / *Kế Hoạch Chăm Sóc Sức Khỏe Tương Lai*

If your wishes change, fill out a new form. Give copies of the new document to everyone who has copies of your previous one. Tell them to destroy the previous version.

Nếu bạn có mong muốn thay đổi nguyện vọng, hãy điền vào mẫu đơn mới. Đưa những bản sao của tài liệu mới tới những người mà bạn đã gửi bản sao của tài liệu cũ. Nhờ họ hủy bỏ bản sao của tài liệu cũ.