Tên bệnh nhân

# UCI Health

***Nếu tôi cần trợ giúp chọn lựa y tế***
**Ngôn ngữ đơn giản - Ủy Quyền Pháp Lý Lâu Dài**

## If I Need Help Making Medical Choices / Nếu tôi cần trợ giúp chọn lựa y tế

(*Ngôn ngữ đơn giản - Ủy quyền pháp lý lâu dài để Chăm sóc y tế theo Bộ luật Thủ tục chứng thực di chúc CA § 4701*)

**Thông tin của tôi**

**Tên** của tôi: _____

**Ngày sinh** của tôi: _____

**Địa chỉ** của tôi: _____ Thành phố: _____

Tiểu bang: _____ Mã Zip: _____

**Người đại diện của tôi**

Nếu tôi không thể tự chọn lựa chăm sóc sức khỏe, tôi muốn có một người chọn lựa cho tôi.

Người sẽ thực hiện lựa chọn cho tôi được gọi là **người đại diện** của tôi.
Người đại diện của tôi không được là bác sĩ của tôi hoặc một người làm việc trong bệnh viện hoặc nhà dưỡng lão mà tôi đang sống.

Người đại diện của tôi chỉ thực hiện các lựa chọn y tế cho tôi nếu tôi không thể thực hiện các lựa chọn này.

Tên người đại diện của tôi là: _____

Địa chỉ của người đại diện của tôi là: _____

Số điện thoại của người đại diện của tôi là: (_____)_____-_____

Nếu tôi cần trợ giúp và người đại diện của tôi không có mặt hoặc không thể giúp tôi, một người khác có thể giúp tôi.

Người này là **người đại diện dự phòng**.

Tên của người đại diện dự phòng của tôi là: _____

Địa chỉ của họ là: _____

Số điện thoại của họ là: (_____)_____-_____

**Khi nào người đại diện của tôi có thể giúp tôi:**

Người đại diện có thể thực hiện các lựa chọn cho tôi nếu bác sĩ của tôi/nhà cung cấp dịch vụ sức khỏe tâm thần nói rằng tôi không thể tự lựa chọn.

Nếu bác sĩ/nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần cho rằng tôi không thể tự lựa chọn, thì họ phải giải thích lý do bằng văn bản.

**Những việc mà người đại diện của tôi có thể làm:**

***Tôi đồng ý người đại diện của tôi có thể thực hiện những điều sau đây.***

- Người đại diện của tôi có thể thực hiện các lựa chọn y tế cho tôi nếu tôi không thể tự lựa chọn.
- Người đại diện của tôi có thể chọn loại thuốc mà tôi sẽ uống.
- Người đại diện của tôi có thể xem các ghi chú của bác sĩ và y tá.
- Người đại diện của tôi có thể chọn khi nào tôi nên ở lại bệnh viện.

Nếu bất kỳ điều gì mà tôi không muốn người đại diện của tôi làm, tôi cần nêu rõ ở đây:

Tôi không muốn người đại diện của tôi _____

**Chữ ký** của tôi: _____

Khi người đại diện của tôi thực hiện các lựa chọn cho tôi, người đại diện của tôi phải thực hiện những gì tôi muốn. Tôi sẽ nói chuyện với người đại diện của tôi về điều quan trọng đối với tôi.

Nếu người đại diện của tôi không biết những gì tôi muốn, họ phải lựa chọn điều gì sẽ giúp ích cho tôi nhất.

Nếu người đại diện của tôi không biết những gì tôi muốn, họ có thể nói chuyện với những người khác yêu quý tôi và chăm sóc cho tôi.

**Chữ ký của tôi:**

Tôi biết rằng tôi phải ký biểu mẫu này với hai người **làm chứng.**
Người làm chứng của tôi sẽ ký ở trang tiếp theo.

**Chữ ký** của tôi: _____

Ngày của hôm nay là: _____.

## TÀI LIỆU NÀY PHẢI CÓ CHỮ KÝ CỦA HAI NGƯỜI LÀM CHỨNG

NGƯỜI LÀM CHỨNG: **Một số người nhất định không được làm chứng. Những quy tắc này được nêu trong nội dung làm chứng sau đây:**

TÔI TUYÊN BỐ CHỊU HÌNH PHẠT CHO SỰ KHAI MAN THEO LUẬT PHÁP CALIFORNIA

**(1)** Cá nhân ký tên hoặc công nhận nội dung Ủy quyền Pháp lý chăm sóc sức khỏe này biết tôi hoặc nhận diện của người đó được chứng minh trước tôi bằng chứng cứ thuyết phục.

**(2)** Cá nhân ký tên hoặc công nhận nội dung Ủy quyền Pháp lý chăm sóc sức khỏe này trước sự hiện diện của tôi,

**(3)** Cá nhân hiện diện với tinh thần minh mẫn và không chịu sự bắt buộc, gian lận hoặc ảnh hưởng,

**(4)** Tôi **không** phải là người được chỉ định làm người đại diện theo Ủy quyền Pháp lý chăm sóc sức khỏe này và

**(5)** Tôi **không** phải là nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của người đó, nhân viên của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của người đó, người vận hành cơ sở chăm sóc sức khỏe cộng đồng, nhân viên của người vận hành cơ sở chăm sóc sức khỏe cộng đồng, người vận hành cơ sở chăm sóc tại nhà cho người cao tuổi, không phải là nhân viên của người vận hành cơ sở chăm sóc tại nhà cho người cao tuổi.

### Người làm chứng thứ nhất

Tên: _____ Ngày: _____

Chữ ký: _____

Địa chỉ:_____

### Người làm chứng thứ hai

Tên: _____ Ngày: _____

Chữ ký: _____

Địa chỉ:_____

**MỘT TRONG NHỮNG NGƯỜI LÀM CHỨNG TRƯỚC ĐÓ CŨNG PHẢI KÝ TÊN NỘI DUNG TUYÊN BỐ SAU ĐÂY:**

Tôi tuyên bố thêm chịu hình phạt cho sự khai man theo luật pháp California rằng tôi không liên quan đến người thực hiện chỉ thị chăm sóc sức khỏe trước này về huyết thống, hôn nhân hoặc nhận nuôi và, theo sự hiểu biết của mình, tôi không có quyền đối với bất kỳ phần tài sản nào của người đó khi họ qua đời theo di chúc hiện có hoặc theo quy định pháp luật.

Ngày: _____

Chữ ký: _____

**Chỉ nếu người lập Ủy quyền Pháp lý này không thể viết, thì cả hai người làm chứng phải điền phần này:**

_____, không thể viết, đánh dấu sự có mặt của họ và yêu cầu người ký tên thứ nhất viết tên của họ mà họ đã làm, và bây giờ chúng tôi sẽ ký tên của chúng tôi là người làm chứng.

_____

Chữ ký của người làm chứng #1

_____

Chữ ký của người làm chứng #2