



**Chỉ Dẫn Chăm Sóc Sức Khỏe của Minnesota:
Được đề xuất cho người trưởng thành mắc bệnh
nghiêm trọng hoặc mạn tính**

(Minnesota Health Care Directive: Recommended for adults with chronic or serious illness)

- Tài liệu này thay thế bất kỳ chỉ dẫn chăm sóc sức khỏe nào được đưa ra trước đây.
(This document replaces any health care directive made before this one.)
- Tài liệu này không áp dụng cho liệu pháp sốc điện hoặc thuốc an thần cho bệnh tâm thần.
(This document doesn't apply to electroconvulsive therapy or neuroleptic medications for mental illness.)
- Tôi sẽ cung cấp các bản sao cho các đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi và các nhóm chăm sóc sức khỏe của tôi khi hoàn tất tài liệu này. *(I will give copies to my health care agents and health care teams when completed.)*
- Tôi sẽ đưa ra một chỉ dẫn chăm sóc sức khỏe mới nếu những người đại diện, mục tiêu, ưu tiên hoặc bản hướng dẫn của tôi thay đổi. *(I will make a new health care directive if my agents, goals, preferences, or instructions change.)*

Họ Tên Của Tôi *(Full Name)*: _____ Ngày Sinh Của Tôi *(Date of Birth)*: _____

Địa Chỉ Của Tôi *(Address)*: _____

Số Điện Thoại Di Động Của Tôi *(Cell #)*: _____ Số Điện Thoại Nhà *(Home #)*: _____

Số Điện Thoại Tại Nơi Làm Việc *(Work #)*: _____

Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe Của Tôi
(My Health Care Agents)

Đại diện chăm sóc sức khỏe là người phát ngôn của tôi nếu tôi không thể đưa ra các quyết định chăm sóc sức khỏe cho chính mình. Tôi tin tưởng đại diện của tôi sẽ **ủng hộ tôi, làm theo các hướng dẫn của tôi, và đưa ra các quyết định dựa trên những điều tôi muốn**. Người đại diện của tôi đủ 18 tuổi trở lên. Nếu tôi chọn nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi là người đại diện, tôi đã đưa ra lý do của tôi dưới đây.

(My health care agent is my voice if I can't make health care decisions for myself. I trust my agent to be my advocate, to follow my instructions, and to make decisions based on what I would want. My agents are at least 18 years old. If I chose my health care provider to be an agent, I have given my reason below.)

Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe *(Health Care Agent)*

Tên *(Name)* _____

Mối quan hệ với tôi *(Relationship to me)* _____

Địa chỉ *(Address)* _____

Số điện thoại di động *(Cell #)* _____ Số điện thoại nhà *(Home #)* _____

Số điện thoại tại nơi làm việc *(Work #)* _____

Tên (Name) _____ Ngày (Date) _____

Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe Thay Thế Thứ Nhất - Nếu đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi không muốn, không thể hoặc không có mặt với lý do chính đáng. (*First alternate health care agent—if my health care agent isn't willing, able, or reasonably available.*)

Tên (Name) _____

Mối quan hệ với tôi (*Relationship to me*) _____

Địa chỉ (*Address*) _____

Số điện thoại di động (*Cell #*) _____ Số điện thoại nhà (*Home #*) _____

Số điện thoại tại nơi làm việc (*Work #*) _____

Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe Thay Thế Thứ Hai - Nếu đại diện thay thế thứ nhất của tôi không muốn, không thể hoặc không có mặt với lý do chính đáng. (*Second alternate health care agent—if my first alternate agent isn't willing, able, or reasonably available.*)

Tên (Name) _____

Mối quan hệ với tôi (*Relationship to me*) _____

Địa chỉ (*Address*) _____

Số điện thoại di động (*Cell #*) _____ Số điện thoại nhà (*Home #*) _____

Số điện thoại tại nơi làm việc (*Work #*) _____

Lý do tôi chọn những đại diện chăm sóc sức khỏe này (*Why I chose these health care agents*):

Những Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe: Năng Lực và Các Tình Huống Đặc Biệt

(Health Care Agents: Powers and Special Situations)

Nếu tôi không thể tự đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe của mình, đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi có thể tiếp cận bệnh án của tôi, quyết định thời điểm bắt đầu và thời điểm ngừng các phương pháp điều trị và chọn nhóm chăm sóc sức khỏe của tôi và địa điểm chăm sóc. (*If I'm not able to make my own health care decisions, my health care agent can: access my medical records, decide when to start and stop treatments, and choose my health care team and place of care.*)

Tôi cũng muốn đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi (*I also want my health care agent to*):

Đưa ra quyết định về việc giữ thai nếu tôi không thể tự mình quyết định.

(Make decisions about continuing a pregnancy if I can't make them myself.)

Đưa ra quyết định về việc lo liệu cơ thể của tôi sau khi tôi qua đời (khám nghiệm tử thi, chôn cất, hỏa táng). (*Make decisions about the care of my body after death—autopsy, burial, cremation.*)

Tên (Name) _____ Ngày (Date) _____

Mục Tiêu và Giá Trị Của Tôi
(My Goals and Values)

Những câu trả lời này cần được sử dụng để giúp đưa ra các quyết định về chăm sóc sức khỏe nếu tôi không thể tự quyết định. (These answers should be used to help make health care decisions if I can't make them myself.)

Ba điều phi y tế mà tôi muốn người khác biết về tôi (three non-medical things I want others to know about me):

Điều tiếp cho tôi sức mạnh hay giúp tôi tiếp tục sống trong những lúc khó khăn (what gives me strength or keeps me going in difficult times):

Những lo lắng và sợ hãi của tôi về sức khỏe của mình (my worries and fears about my health):

Những mục tiêu của tôi nếu sức khỏe của tôi xấu đi (my goals if my health gets worse):

Điều tôi muốn những người khác biết về tinh thần, văn hóa, tôn giáo hoặc những tín ngưỡng khác của tôi (what I want others to know about my spiritual, cultural, religious, or other beliefs):

Những điều làm cho cuộc sống của tôi trở nên quý giá (things that make my life worth living):

Khi tôi cận kề với cái chết, tôi sẽ tìm thấy sự an ủi và hỗ trợ từ (when I am nearing death, I would find comfort and support from):

Quan niệm của tôi về một cái chết viên mãn là (my idea of a good death is):

Tên (Name) _____ Ngày (Date) _____

Các Phương Pháp Điều Trị để Duy Trì Sự Sống
(Life-Sustaining Treatments)

Liệu pháp cơ học hoặc nhân tạo có thể duy trì sự sống cho một người khi cơ thể không thể tự hoạt động được. Các ví dụ như: thông khí (thở bằng máy) khi phổi không hoạt động, hồi sinh tim phổi (CPR) để cố gắng khôi phục lại tim đã ngừng đập, cho ăn nhân tạo qua ống, dịch truyền qua tĩnh mạch (IV) và lọc máu khi thận không hoạt động. (Mechanical or artificial treatments may keep a person alive when the body can't function on its own. Examples are: ventilation (breathing machine) when the lungs aren't working, cardiopulmonary resuscitation (CPR) to try to restart a heart that has stopped beating, artificial feeding through tubes, intravenous (IV) fluids, and dialysis when the kidneys aren't working.)

Các Ưu Tiên về Chăm Sóc trong Tương Lai của Tôi nếu Tôi Mất Ý Thức Vĩnh Viễn
(My Future Care Preferences if I'm Permanently Unconscious)

Mất ý thức vĩnh viễn có thể là do tai nạn, đột quỵ và các bệnh khác. Nhóm chăm sóc sức khỏe của tôi có thể gọi tình trạng này là **trạng thái thực vật vĩnh viễn**. Điều này có nghĩa là não bị tổn thương nặng đến nỗi mà người đó không nhận thức được bản thân hoặc những người khác, không thể hiểu hoặc giao tiếp và nhóm chăm sóc sức khỏe cho rằng người đó sẽ không khỏe lại. (Permanent unconsciousness can be caused by an accident, a stroke, and other illnesses. My health care team may call this a **permanent vegetative state**. This means the brain is so badly hurt that the person isn't aware of self or others, can't understand or communicate, and the health care team believes the person won't get better.)

Nếu tôi mất ý thức vĩnh viễn (if I'm permanently unconscious):

Tôi muốn sử dụng một số hoặc tất cả các phương pháp điều trị có thể để duy trì sự sống nếu tôi mất ý thức vĩnh viễn. Đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi cần làm việc với nhóm chăm sóc sức khỏe để đưa ra quyết định về các phương pháp điều trị dựa trên các mục tiêu và giá trị của tôi. (I want some or all possible life-sustaining treatments if I'm permanently unconscious. My health care agent should work with my health care team to make decisions about treatments based on my goals and values.)

HOẶC (OR)

Tôi không muốn dùng các phương pháp điều trị để duy trì sự sống nếu tôi mất ý thức vĩnh viễn. Tập trung vào việc làm cho tôi cảm thấy dễ chịu và để tôi chết một cách tự nhiên. (I don't want life-sustaining treatments if I'm permanently unconscious. Focus on making me comfortable and allow natural death.)

HOẶC (OR)

Tôi không thể đưa ra quyết định ngay bây giờ về các phương pháp điều trị duy trì sự sống nếu tôi mất ý thức vĩnh viễn. Đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi cần làm việc với nhóm chăm sóc sức khỏe để đưa ra quyết định về việc liệu có sử dụng các phương pháp điều trị duy trì sự sống dựa trên các mục tiêu và giá trị của tôi hay không. (I can't make a decision now about life-sustaining treatments if I'm permanently unconscious. My health care agent should work with my health care team to decide whether or not to use life-sustaining treatments based on my goals and values.)

Tên (Name) _____ Ngày (Date) _____

Các Ưu Tiên về Chăm Sóc trong Tương Lai của Tôi nếu Tôi Bị Bệnh Giai Đoạn Cuối

(My Future Care Preferences if I'm Terminally Ill)

Bệnh giai đoạn cuối có nghĩa là **không thể chữa trị** và **cái chết được dự kiến xảy ra trong tương lai gần**. Điều này có thể do: tình trạng mất khả năng hoạt động của các cơ quan quan trọng (bao gồm suy tim giai đoạn cuối, suy phổi, suy thận và suy gan), ung thư giai đoạn tiến triển, bệnh sa sút trí tuệ giai đoạn tiến triển, nhồi máu cơ tim hoặc đột quỵ nghiêm trọng và các nguyên nhân khác. *(A terminal condition means no cure is possible and death is expected in the near future. This can be caused by: failure of vital organs (including end-stage heart failure, lung failure, kidney failure, and liver failure), advanced cancer, advanced dementia, a massive heart attack or stroke, and other causes.)*

Nếu tôi bị bệnh giai đoạn cuối *(If I'm terminally ill):*

- Tôi muốn một số hoặc tất cả các phương pháp điều trị duy trì sự sống có thể nếu tôi mắc bệnh giai đoạn cuối.** Đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi cần làm việc với nhóm chăm sóc sức khỏe để đưa ra quyết định về các phương pháp điều trị dựa trên các mục tiêu và giá trị của tôi. *(I want some or all possible life-sustaining treatments if I'm terminally ill. My health care agent should work with my health care team to make decisions about treatments based on my goals and values.)*

HOẶC (OR)

- Tôi không muốn các phương pháp điều trị duy trì sự sống nếu tôi mắc bệnh giai đoạn cuối.** Tập trung vào việc làm cho tôi cảm thấy dễ chịu và để tôi chết một cách tự nhiên. *(I don't want life-sustaining treatments if I'm terminally ill. Focus on making me comfortable and allow natural death.)*

HOẶC (OR)

- Tôi không thể quyết định ngay bây giờ về các phương pháp điều trị duy trì sự sống nếu tôi mắc bệnh giai đoạn cuối.** Đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi cần làm việc với nhóm chăm sóc sức khỏe để đưa ra quyết định về việc liệu có sử dụng các phương pháp điều trị duy trì sự sống dựa trên các mục tiêu và giá trị của tôi hay không. *(I can't make a decision now about life-sustaining treatments if I'm terminally ill. My health care agent should work with my health care team to decide whether or not to use life-sustaining treatments based on my goals and values.)*

Hiển Tạng

(Organ Donation)

- Nếu có thể, tôi muốn hiến mắt, mô và/hoặc nội tạng của tôi.** Đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi có thể bắt đầu và tiếp tục bất kỳ phương pháp điều trị cần thiết nào cho đến khi việc hiến tạng hoàn tất. *(I want to donate my eyes, tissues and/or organs, if I can. My health care agent may start and continue any treatments needed until the donation is complete.)*
- Tôi không muốn hiến mắt, mô và/hoặc nội tạng của tôi.** *(I don't want to donate my eyes, tissues and/or organs.)*

Tên (Name) _____ Ngày (Date) _____

Sau khi tôi qua đời
(After I Die)

Đây là những mong muốn của tôi về điều tôi muốn làm với cơ thể mình sau khi tôi qua đời (khám nghiệm tử thi, chôn cất, hỏa táng, v.v.) và tôi muốn được tưởng nhớ như thế nào (bài cáo phó, tang lễ, lễ tưởng niệm, v.v.) (These are my wishes about what to do with my body after I have died (autopsy, burial, cremation, etc.) and how I wish to be remembered (obituary, funeral, memorial service, etc.):

Các Hướng Dẫn Bổ Sung
(Additional instructions):

Tôi đã đính kèm # _____ trang các hướng dẫn bổ sung vào tài liệu này.
(I have attached # _____ page(s) of additional instructions to this document.)

Hợp Pháp Hóa Tài Liệu Đây
(Making This Document Legal)

1. Ký tên và ghi ngày tháng (Signature and date):

Chữ Ký của Tôi (My Signature)

Ngày Ký (Date Signed)

2. Xin dấu công chứng cho chữ ký của quý vị HOẶC được xác minh chữ ký bởi 2 nhân chứng
(Have your signature notarized OR verified by 2 witnesses):

MINNESOTA NOTARY PUBLIC
(VĂN PHÒNG CÔNG CHỨNG MINNESOTA)

NOTARY SEAL BELOW
(DẤU CÔNG CHỨNG DƯỚI ĐÂY)

County of _____ (county name)

In my presence on the date of _____ (date notarized)

(person signing above)

acknowledged their signature on this document. I am not named as a healthcare agent in this document.

Quận _____ (tên quận)

Với sự hiện diện của tôi vào ngày _____ (ngày công chứng)

(người ký tên ở trên)

đã thừa nhận chữ ký của họ trong tài liệu này. Tôi không được chỉ định là người đại diện chăm sóc sức khoẻ trong tài liệu này.

Signature of Notary (Chữ Ký của Công Chứng Viên) _____

Tên (Name) _____ Ngày (Date) _____

HOẶC (OR)

TUYÊN BỐ CỦA NHÂN CHỨNG: Tôi đủ 18 tuổi trở lên. Tôi không được chỉ định là đại diện chăm sóc sức khỏe trong tài liệu này. Chỉ có một nhân chứng có thể là nhân viên của hệ thống chăm sóc sức khỏe cung cấp dịch vụ chăm sóc cho người này vào ngày này.

(STATEMENT OF WITNESSES: I am at least 18 years old. I am not named as a health care agent in this document. Only one witness can be an employee of the health care system providing care to the person on this date.)

Chữ Ký Của Nhân Chứng Số 1 (Witness # 1 Signature) _____

Ngày Ký (Date Signed) _____

Tên Viết In (Printed Name) _____

Chữ Ký Của Nhân Chứng Số 2 (Witness # 2 Signature) _____

Ngày Ký (Date Signed) _____

Tên Viết In (Printed Name) _____