

MARYLAND ADVANCE DIRECTIVE:  
PLANNING FOR FUTURE HEALTH CARE DECISIONS

GIẤY ỦY QUYỀN DÙNG TRONG TIỂU BANG MARYLAND  
HOẠCH ĐỊNH CHO NHỮNG QUYẾT ĐỊNH VỀ CHĂM SÓC Y TẾ  
TRONG TƯƠNG LAI

**By:** \_\_\_\_\_ **Date of Birth:** \_\_\_\_\_  
**Do:** \_\_\_\_\_ **Ngày Sinh:** \_\_\_\_\_  
(Print Name) (Month/Day/Year)  
(Viết Tên Theo Lỗi Chữ In) (Tháng/Ngày/Năm)

*Using this advance directive form to do health care planning is completely optional. Other forms are also valid in Maryland. No matter what form you use, talk to your family and others close to you about your wishes.*

Việc sử dụng mẫu giấy ủy quyền quyết định này để lập kế hoạch cho việc chăm sóc y tế hoàn toàn có tính cách tùy ý lựa chọn. Các mẫu khác cũng hợp lệ trong Tiểu Bang Maryland. Bất kể là quý vị sử dụng mẫu nào, quý vị cũng nên thảo luận với gia đình và những người thân thích khác về những nguyện vọng của quý vị.

*This form has two parts to state your wishes, and a third part for needed signatures. Part I of this form lets you answer this question: If you cannot (or do not want to) make your own health care decisions, who do you want to make them for you? The person you pick is called your health care agent. **Make sure you talk to your health care agent (and any back-up agents) about this important role.** Part II lets you write your preferences about efforts to extend your life in three situations: terminal condition, persistent vegetative state, and end-stage condition. In addition to your health care planning decisions, you can choose to become an organ donor after your death by filling out the form for that too.*

Mẫu giấy này có hai phần để trình bày những nguyện vọng của quý vị, và một phần thứ ba dành cho những chữ ký cần thiết. Phần I của mẫu này được dành để quý vị trả lời câu hỏi sau đây: Nếu quý vị không thể (hoặc không muốn) tự quyết định về việc chăm sóc y tế cho mình, thì quý vị muốn ai quyết định cho quý vị? Người quý vị chọn được gọi là đại lý về chăm sóc y tế của quý vị. **Phải chắc chắn là quý vị nói chuyện với đại lý về chăm sóc y tế của quý vị (hay bất cứ người đại lý dự khuyết nào) về vai trò quan trọng này.** Phần II được dành để quý vị viết ra những sở thích của quý vị liên quan đến các nỗ lực kéo dài đời sống của quý vị trong ba trường hợp: bệnh tình đến giai đoạn không còn điều trị được nữa, tình trạng sống vô thức kéo dài, và bệnh tình đến giai đoạn chót. Ngoài những quyết định về việc hoạch định cho việc chăm sóc y tế, quý vị cũng có thể chọn hiến tặng một bộ phận của cơ thể sau khi quý vị qua đời bằng cách điền vào mẫu đơn cho việc hiến tặng.

→ You can fill out Parts I and II of this form, or only Part I, or only Part II. Use the form to reflect your wishes, then sign in front of two witnesses (Part III). If your wishes change, make a new advance directive. ←

→ Quý vị có thể điền Phần I và Phần II của mẫu giấy này, hoặc chỉ điền Phần I, hoặc chỉ điền Phần II. Quý vị hãy dùng mẫu đơn này để nói lên nguyện vọng của mình, rồi ký tên

trước mặt hai nhân chứng (Phần III). Nếu nguyện vọng của quý vị thay đổi, quý vị hãy làm một giấy ủy quyền mới.←

*Make sure you give a copy of the completed form to your health care agent, your doctor, and others who might need it. Keep a copy at home in a place where someone can get it if needed. Review what you have written periodically.*

Phải chắc chắn là quý vị đưa một bản sao của mẫu đơn đã điền đầy đủ cho đại lý về chăm sóc y tế của quý vị, bác sĩ của quý vị, và những người khác có thể cần đến nó. Quý vị hãy giữ một bản sao ở nhà, cất vào nơi mà một người nào đó có thể tìm thấy khi cần. Thỉnh thoảng quý vị nên xem lại những gì quý vị đã viết.

## PART I: SELECTION OF HEALTH CARE AGENT

### PHẦN I: LỰA CHỌN ĐẠI LÝ VỀ CHĂM SÓC Y TẾ

#### A. *Selection of Primary Agent* Lựa Chọn Đại Lý Chính

*I select the following individual as my agent to make health care decisions for me:*  
Tôi chọn người sau đây làm đại lý để quyết định về việc chăm sóc y tế cho tôi:

**Name:**

**Tên:** \_\_\_\_\_

**Address:**

**Địa chỉ:** \_\_\_\_\_

**Telephone Numbers:**

**Số điện thoại:**

\_\_\_\_\_

(home and cell)

(nhà và di động)

#### B. *Selection of Back-up Agents* (Optional; form valid if left blank)

**Lựa Chọn Đại Lý Dự Khuyết**

(Không bắt buộc; giấy này vẫn có hiệu lực nếu mục này được bỏ trống)

1. *If my primary agent cannot be contacted in time or for any reason is unavailable or unable or unwilling to act as my agent, then I select the following person to act in this capacity:*

Nếu không tiếp xúc được kịp lúc với đại lý chính của tôi hoặc vì bất cứ lý do gì mà người này không có mặt, hoặc người này không thể hoặc không muốn làm đại lý cho tôi, tôi sẽ chọn người sau đây làm đại lý cho tôi:

**Name:**

**Tên:** \_\_\_\_\_

**Address:** \_\_\_\_\_

**Địa chỉ:** \_\_\_\_\_

**Telephone Numbers:**

**Số điện thoại**

\_\_\_\_\_ (home and cell)

\_\_\_\_\_ (nhà và di động)

2. *If my primary agent and my first back-up agent cannot be contacted in time or for any reason are unavailable or unable or unwilling to act as my agent, then I select the following person to act in this capacity:*

Nếu không thể tiếp xúc được kịp lúc với đại lý chính của tôi và đại lý dự khuyết thứ nhất của tôi, hoặc vì bất cứ lý do gì mà những người này không có mặt hoặc họ không thể hoặc không muốn làm đại lý cho tôi, thì tôi sẽ chọn người sau đây làm đại lý:

**Name:**

**Tên:** \_\_\_\_\_

**Address:** \_\_\_\_\_

**Địa chỉ:** \_\_\_\_\_

**Telephone Numbers:**

**Số điện thoại:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (home and cell)

\_\_\_\_\_ (nhà và di động)

### ***Powers and Rights of Health Care Agent***

*I want my agent to have full power to make health care decisions for me, including the power to:*

### **Thẩm Quyền và Quyền Của Đại Lý Về Chăm Sóc Y Tế**

Tôi muốn đại lý của tôi có đầy đủ thẩm quyền để quyết định về việc chăm sóc y tế cho tôi, kể cả thẩm quyền để:

1. *Consent or not to medical procedures and treatments which my doctors offer, including things that are intended to keep me alive, like ventilators and feeding tubes;*

Đồng ý hay không đồng ý cho thực hiện những biện pháp và phương cách điều trị y học do bác sĩ của tôi đề nghị, kể cả việc sử dụng những thứ có mục đích giữ cho tôi sống, như máy hô hấp nhân tạo và ống nhồi thức ăn;

2. *Decide who my doctor and other health care providers should be; and*

Quyết định ai sẽ là bác sĩ của tôi và ai sẽ là những người chăm sóc y tế cho tôi; và

3. *Decide where I should be treated, including whether I should be in a hospital, nursing home, other medical care facility, or hospice program.*

Quyết định tôi nên được điều trị tại đâu, kể cả việc tôi có nên nhập viện, vào nhà an dưỡng, vào một cơ sở chăm sóc y tế khác, hay tham gia một chương trình chăm sóc cho người sắp lâm chung hay không.

4. *I also want my agent to:*

Tôi cũng muốn đại lý của tôi:

- a. *Ride with me in an ambulance if ever I need to be rushed to the hospital; and*

Đi theo xe cứu thương với tôi nếu tôi cần được khẩn cấp đưa đi bệnh viện; và

- b. *Be able to visit me if I am in a hospital or any other health care facility.*

Có thể vào thăm tôi nếu tôi nằm trong bệnh viện hoặc tại bất cứ một cơ sở chăm sóc y tế nào khác.

*THIS ADVANCE DIRECTIVE DOES NOT MAKE MY  
AGENT RESPONSIBLE FOR ANY OF THE COSTS OF  
MY CARE.*

*GIẤY ỦY QUYỀN QUYẾT ĐỊNH VỀ CHĂM SÓC Y TẾ  
NÀY KHÔNG BUỘC ĐẠI LÝ CỦA TÔI PHẢI CHỊU  
TRÁCH NHIỆM VỀ BẤT CỨ MỘT KHOẢN PHÍ TỔN  
NÀO LIÊN QUAN ĐẾN VIỆC CHĂM SÓC CHO TÔI.*

*This power is subject to the following conditions or limitations:  
(Optional; form valid if left blank)*

Thẩm quyền này tùy thuộc vào những điều kiện hoặc hạn chế sau đây:  
(Không bắt buộc; giấy này vẫn có hiệu lực nếu mục này được bỏ trống)

---

---

---

---

---

---

---

**D. How my Agent is to Decide Specific Issues**

**Đại Lý Của Tôi Phải Quyết Định Về Những Vấn Đề Cụ Thể Như Thế Nào?**

*I trust my agent's judgment. My agent should look first to see if there is anything in Part II of this advance directive that helps decide the issue. Then, my agent should think about the conversations we have had, my religious and other beliefs and values, my personality, and how I handled medical and other important issues in the past. If what I would decide is still unclear, then my agent is to make decisions for me that my agent believes are in my best interest. In doing so, my agent should consider the benefits, burdens, and risks of the choices presented by my doctors.*

Tôi tin cậy vào sự phán đoán của đại lý của tôi. Trước hết đại lý của tôi phải xem Phần II của giấy ủy quyền này xem có điều gì có thể giúp quyết định về vấn đề liên hệ hay không. Kế đó, đại lý của tôi nên nghĩ đến những cuộc nói chuyện trước đây giữa ông ấy và tôi, nghĩ đến đức tin tôn giáo và những đức tin khác của tôi cùng những giá trị mà tôi tin tưởng, cá tính của tôi, và cách tôi đã từng xử lý vấn đề y học và các vấn đề quan trọng khác trước đây. Nếu cách tôi có thể quyết định vẫn chưa rõ ràng, thì đại lý của tôi phải quyết định giúp cho tôi theo cách mà ông ấy tin là có lợi nhất cho tôi. Khi làm như thế, đại lý của tôi nên xét đến những lợi ích, những gánh nặng, và những rủi ro của những sự lựa chọn do các bác sĩ của tôi đề nghị.

**E. People My Agent Should Consult**

*(Optional; form valid if left blank)*

**Những Người Mà Đại Lý Của Tôi Nên Tham Khảo Ý Kiến**

*(Không bắt buộc; giấy này vẫn có hiệu lực nếu mục này được bỏ trống)*

*In making important decisions on my behalf, I encourage my agent to consult with the following people. By filling this in, I do not intend to limit the number of people with whom my agent might want to consult or my agent's power to make decisions.*

Khi thay mặt tôi để đưa ra những quyết định quan trọng, tôi khuyến khích đại lý của tôi nên tham khảo ý kiến của những người sau đây. Khi điền vào mục này, tôi không có ý định hạn chế số người mà đại lý của tôi có thể muốn tham khảo ý kiến hoặc hạn chế thẩm quyền quyết định của đại lý của tôi.

<b>Name(s)</b> <b>Tên</b>	<b>Telephone Number(s):</b> <b>Số điện thoại</b>
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**F. In Case of Pregnancy**

*(Optional, for women of child-bearing years only; form valid if left blank)*

**Trong Trường Hợp Thai Nghén**

(Không bắt buộc, dành riêng cho phụ nữ trong lứa tuổi sinh nở; giấy này vẫn có hiệu lực nếu mục này được bỏ trống)

*If I am pregnant, my agent shall follow these specific instructions:*

Nếu tôi có thai, đại lý của tôi phải làm theo những lời dặn cụ thể sau đây:

---

---

---

**G. Access to my Health Information – Federal Privacy Law (HIPAA) Authorization**

**Được Đọc Biết Những Thông Tin Về Sức Khỏe Của Tôi – Việc Cho Phép Theo Luật Liên Bang Về Sở Riêng Tư (Federal Privacy Law)**

- 1. If, prior to the time the person selected as my agent has power to act under this document, my doctor wants to discuss with that person my capacity to make my own health care decisions, I authorize my doctor to disclose protected health information which relates to that issue.*

Trước khi người được chọn làm đại lý của tôi có thẩm quyền hành động căn cứ vào tài liệu này, nếu bác sĩ của tôi muốn thảo luận với người đó về năng lực của tôi tự quyết định về việc chăm sóc y tế cho mình, thì tôi cho phép bác sĩ của tôi được tiết lộ những thông tin về sức khỏe được giữ kín liên quan đến vấn đề đó.

- 2. Once my agent has full power to act under this document, my agent may request, receive, and review any information, oral or written, regarding my physical or mental health, including, but not limited to, medical and hospital records and other protected health information, and consent to disclosure of this information.*

Một khi đại lý của tôi đã có đầy đủ thẩm quyền để hành động căn cứ vào tài liệu này, đại lý này được phép yêu cầu được cung cấp, nhận, và xem lại bất cứ thông tin nào dưới hình thức lời nói hoặc văn bản liên quan đến sức khỏe thể xác hay tâm thần của tôi, bao gồm, nhưng không chỉ giới hạn trong những hồ sơ bệnh lý và bệnh viện và những thông tin khác về sức khỏe được giữ kín, và được phép chấp thuận cho tiết lộ những thông tin này.

- 3. For all purposes related to this document, my agent is my personal representative under the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA). My agent may sign, as my personal representative, any release forms or other HIPAA-related materials.*

Trong tất cả mọi mục đích liên quan đến tài liệu này, đại lý của tôi là đại diện cá nhân của tôi chiếu theo Luật Về Tính Di Chuyển Được và Trách Nhiệm Liên Quan Đến Bảo Hiểm Y Tế (Health Insurance Portability and Accountability Act - HIPAA). Đại lý của tôi, với tư cách là đại diện cá nhân của tôi, được phép ký bất cứ giấy cho phép công bố nào hoặc các giấy tờ khác có liên quan đến luật HIPAA.

#### H. Effectiveness of this Part

(Read both of these statements carefully. Then, initial **one** only.)

##### Hiệu Lực Của Phần Này

(Xin đọc cả hai lời xác nhận sau đây một cách cẩn thận. Sau đó, chỉ ký tắt vào chỉ **một** xác nhận mà thôi)

*My agent's power is in effect:*

Thẩm quyền của đại lý của tôi có hiệu lực:

1. *Immediately after I sign this document, subject to my right to make any decision about my health care if I want and am able to.*

Ngay sau khi tôi ký tài liệu này, tùy thuộc vào quyền của tôi được quyết định bất cứ điều gì về việc chăm sóc sức khỏe cho tôi nếu tôi muốn và có thể làm được.

>>OR/ HOẶC <<

2. *Whenever I am not able to make informed decisions about my health care, either because the doctor in charge of my care (attending physician) decides that I have lost this ability **temporarily**, or my attending physician and a consulting doctor agree that I have lost this ability **permanently**.*

Bất cứ khi nào tôi không thể quyết định một cách sáng suốt về việc chăm sóc y tế cho tôi, vì bác sĩ có trách nhiệm chăm sóc cho tôi (bác sĩ chăm sóc) quyết định rằng tôi đã **tạm thời** bị mất khả năng quyết định, hoặc vì bác sĩ chăm sóc cho tôi và một bác sĩ được tham khảo ý kiến đồng ý rằng tôi đã **vĩnh viễn** bị mất khả năng quyết định.

*If the only thing you want to do is select a health care agent, skip Part II. Go to Part III to sign and have the advance directive witnessed. If you also want to write your treatment preferences, go to Part II. Also consider becoming an organ donor, using the separate form for that.*

Nếu quý vị chỉ muốn chọn một đại lý về việc chăm sóc sức khỏe, xin bỏ qua Phần II. Xin chuyển sang Phần III để ký tên và yêu cầu các nhân chứng xác nhận giấy ủy quyền này. Nếu quý vị cũng muốn viết ra những sở thích về việc điều trị cho quý vị, xin chuyển sang Phần II. Xin quý vị cũng xét đến việc hiến tặng các bộ phận của cơ thể bằng cách dùng một mẫu đơn riêng cho mục đích này.

PART II: TREATMENT PREFERENCES (“LIVING WILL”)

PHẦN II: NHỮNG SỞ THÍCH VỀ ĐIỀU TRỊ (“CHỨC THƯ VỀ ĐỜI SỐNG”)

A. *Statement of Goals and Values*

(Optional: Form valid if left blank)

**Trình Bày Về Mục Đích và Giá Trị**

(Không bắt buộc; giấy này vẫn có hiệu lực nếu mục này được bỏ trống)

*I want to say something about my goals and values, and especially what’s most important to me during the last part of my life:*

Tôi muốn nói đôi điều về những mục đích của tôi và về những giá trị mà tôi tin tưởng, và đặc biệt là về những gì tôi xem là quan trọng nhất đối với tôi trong những năm tháng chót của đời tôi:

---

---

---

---

---

---

B. *Preference in Case of Terminal Condition*

(If you want to state what your preference is, initial **one** only. If you do not want to state a preference here, cross through the whole section.)

**Sở Thích Trong Trường Hợp Bệnh Tình Không Còn Điều Trị Được**

(Nếu quý vị muốn trình bày sở thích của mình, quý vị hãy ký tắt vào chỉ **một** trong những yêu cầu sau đây mà thôi. Nếu quý vị không muốn một sự lựa chọn sau đây, xin gạch bỏ toàn bộ phần này)

*If my doctors certify that my death from a terminal condition is imminent, even if life-sustaining procedures are used:*

**Nếu các bác sĩ của tôi chứng nhận rằng tôi sắp qua đời vì bệnh tình không còn điều trị được nữa, ngay cả khi các biện pháp trợ sinh đã được sử dụng:**

1. *Keep me comfortable and allow natural death to occur. I do not want any medical interventions used to try to extend my life. I do not want to receive nutrition and fluids by tube or other medical means.*

Hãy giữ cho tôi được thoải mái và cứ để cho cái chết tự nhiên xảy ra. Tôi không muốn một biện pháp can thiệp y học nào được sử dụng nhằm kéo dài đời sống của tôi. Tôi không muốn nhận được thức ăn và các chất lỏng bằng ống nhồi thức ăn hoặc bằng những phương tiện y học khác.



>>OR/ HOẶC <<



2. *Keep me comfortable and allow natural death to occur. I do not want medical interventions used to try to extend my life. If I am unable to take enough nourishment by mouth, however, I want to receive nutrition and fluids by tube or other medical means.*

Hãy giữ cho tôi được thoải mái và cứ để cho cái chết tự nhiên xảy ra. Tôi không muốn một biện pháp can thiệp y học nào được sử dụng nhằm kéo dài đời sống của tôi. Tuy nhiên, nếu tôi không thể nhận đủ thức ăn bằng miệng, tôi muốn nhận được thức ăn và các chất lỏng bằng ống nhồi thức ăn hoặc bằng những phương tiện y học khác.

>>OR/ HOẶC <



3. Try to extend my life for as long as possible, using all available interventions that in reasonable medical judgment would prevent or delay my death. If I am unable to take enough nourishment by mouth, I want to receive nutrition and fluids by tube or other medical means.

Hãy tìm cách kéo dài đời sống của tôi đến mức có thể được, bằng cách sử dụng mọi biện pháp can thiệp có sẵn mà theo sự phán đoán hợp lý của y học thì sẽ có thể ngăn ngừa hay trì hoãn cái chết của tôi. Nếu tôi không thể nhận đủ thức ăn bằng miệng, tôi muốn nhận được thức ăn và các chất lỏng bằng ống nhồi thức ăn hoặc bằng các phương tiện y học khác.



**C. Preference in Case of Persistent Vegetative State**

*(If you want to state what your preference is, initial one only. If you do not want to state a preference here, cross through the whole section.)*

**Sở Thích Trong Trường Hợp Tình Trạng Sống Vô Thức Kéo Dài**

(Nếu quý vị muốn trình bày sở thích của mình, xin quý vị ký tắt vào chỉ **một** trong những yêu cầu sau đây mà thôi. Nếu quý vị không muốn một sự lựa chọn sau đây, xin gạch bỏ toàn bộ phần này.)

*If my doctors certify that I am in a persistent vegetative state, that is, if I am not conscious and am not aware of myself or my environment or able to interact with others, and there is no reasonable expectation that I will ever regain consciousness:*

Nếu các bác sĩ của tôi chứng nhận rằng tôi đang sống trong tình trạng vô thức kéo dài, có nghĩa là tôi không có ý thức và không nhận thức được chính mình hoặc cảnh vật chung quanh, hoặc không giao tiếp được với người khác, và không thể trông đợi một cách hợp lý được rằng một lúc nào đó tôi sẽ lấy lại được ý thức:

1. *Keep me comfortable and allow natural death to occur. I do not want any medical interventions used to try to extend my life. I do not want to receive nutrition and fluids by tube or other medical means.*

Hãy giữ cho tôi được thoải mái và cứ để cho cái chết tự nhiên xảy ra. Tôi không muốn bất cứ một biện pháp can thiệp y học nào được sử dụng nhằm kéo dài đời sống của tôi. Tôi không muốn nhận được thức ăn và các chất lỏng bằng ống nhồi thức ăn hoặc bằng các phương tiện y học khác.

>>OR/ HOẶC <<

2. *Keep me comfortable and allow natural death to occur. I do not want medical interventions used to try to extend my life. If I am unable to take enough nourishment by mouth, however, I want to receive nutrition and fluids by tube or other medical means.*

Hãy giữ cho tôi được thoải mái và cứ để cho cái chết tự nhiên xảy ra. Tôi không muốn bất cứ một biện pháp can thiệp y học nào được sử dụng nhằm kéo dài đời sống của tôi. Tuy nhiên, nếu tôi không thể nhận được đủ thức ăn bằng miệng, tôi muốn nhận được thức ăn và các chất lỏng bằng ống nhồi thức ăn hoặc bằng các phương tiện y học khác.

>>OR /HOẶC <<

3. *Try to extend my life for as long as possible, using all available interventions that in reasonable medical judgment would prevent or delay my death. If I am unable to take enough nourishment by mouth, I want to receive nutrition and fluids by tube or other medical means.*

Hãy tìm cách kéo dài đời sống của tôi đến mức có thể được bằng cách sử dụng tất cả mọi biện pháp can thiệp sẵn có, nếu theo sự phán đoán y học hợp lý, những biện pháp này sẽ có thể ngăn ngừa hoặc trì hoãn cái chết của tôi. Nếu tôi không thể nhận đủ thức ăn bằng miệng, tôi muốn nhận được thức ăn và các chất lỏng bằng ống nhồi thức ăn và bằng các phương tiện y học khác.

#### D. *Preference in Case of End-Stage Condition*

*(If you want to state what your preference is, initial one only. If you do not want to state a preference here, cross through the whole section.)*

#### **Sở Thích Trong Trường Hợp Bệnh Tình Đã Đến Giai Đoạn Chót**

(Nếu quý vị muốn trình bày sở thích của mình, xin chỉ ký vào chỉ **một** trong số những yêu cầu sau đây mà thôi. Nếu quý vị không muốn nói ra sở thích của mình ở đây, xin hãy gạch bỏ toàn bộ phần này)

*If my doctors certify that I am in an end-state condition, that is, an incurable condition that will continue in its course until death and that has already resulted in loss of capacity and complete physical dependency:*

**Nếu các bác sĩ của tôi xác nhận rằng bệnh tình của tôi đã đến giai đoạn chót, có nghĩa là một tình trạng không thể chữa trị được nữa và sẽ tiếp tục diễn tiến cho**

**đến khi chết, và rằng điều đó đã làm cho tôi bị mất năng lực và hoàn toàn phải phụ thuộc vào người khác về mặt thể xác:**

1. *Keep me comfortable and allow natural death to occur. I do not want any medical interventions used to try to extend my life. I do not want to receive nutrition and fluids by tube or other medical means.*

Hãy giữ cho tôi được thoải mái và cứ để cho cái chết tự nhiên xảy ra. Tôi không muốn bất cứ một biện pháp can thiệp y học nào được sử dụng nhằm kéo dài đời sống của tôi. Tôi không muốn nhận được thức ăn và các chất lỏng bằng ống nhồi thức ăn hoặc bằng các phương tiện y học khác.

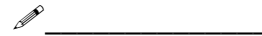
>>OR/ HOẶC <<



2. *Keep me comfortable and allow natural death to occur. I do not want medical interventions used to try to extend my life. If I am unable to take enough nourishment by mouth, however, I want to receive nutrition and fluids by tube or other medical means.*

Hãy giữ cho tôi được thoải mái và cứ để cho cái chết tự nhiên xảy ra. Tôi không muốn các biện pháp can thiệp y học được sử dụng nhằm kéo dài đời sống của tôi. Tuy nhiên, nếu tôi không thể nhận đủ thức ăn bằng miệng, tôi muốn nhận được thức ăn và các chất lỏng bằng ống nhồi thức ăn và bằng các phương tiện y học khác.

>>OR/ HOẶC <<



3. *Try to extend my life for as long as possible, using all available interventions that in reasonable medical judgment would prevent or delay my death. If I am unable to take enough nourishment by mouth, I want to receive nutrition and fluids by tube or other medical means.*

Hãy tìm cách kéo dài đời sống của tôi đến mức có thể được bằng cách sử dụng mọi biện pháp can thiệp sẵn có, nếu theo sự phán đoán hợp lý về mặt y học thì các biện pháp này sẽ có thể ngăn ngừa hoặc trì hoãn cái chết của tôi. Nếu tôi không thể nhận đủ thức ăn bằng miệng, tôi muốn nhận được thức ăn và các chất lỏng bằng ống nhồi thức ăn hoặc bằng các phương tiện y học khác.



## E. Pain Relief

### Giảm Đau Đón

*No matter what my condition, give me the medicine or other treatment I need to relieve pain.*

Bất kể laø tình trạng của tôi như thế nào, hãy cho tôi dùng thuốc hoặc cách điều trị nào khác mà tôi cần để giảm bớt đau đớn.

**F. In Case of Pregnancy**

*(Optional, for women of child-bearing years only; form valid if left blank)*

**Trong Trường Hợp Thai Nghén**

(Không bắt buộc, dành riêng cho phụ nữ trong lứa tuổi sinh nở; giấy này vẫn có hiệu lực nếu mục này được bỏ trống)

*If I am pregnant, my decision concerning life-sustaining procedures shall be modified as follows:*

Nếu tôi có thai, quyết định của tôi liên quan đến các biện pháp trợ sinh phải được thay đổi như sau:

**G. Effect of Stated Preferences**

*(Read both of these statements carefully. Then, initial one only.)*

**Tác Dụng của Những Sở Thích Được Nói Rõ**

(Xin đọc cả hai lời xác nhận sau đây một cách cẩn thận. Sau đó, xin quý vị chỉ ký tắt vào **một** lời xác nhận mà thôi.)

- 1. I realize I cannot foresee everything that might happen after I can no longer decide for myself. My stated preferences are meant to guide whoever is making decisions on my behalf and my health care providers, but I authorize them to be flexible in applying these statements if they feel that doing so would be in my best interest.*

Tôi hiểu rằng tôi không thể đoán trước được tất cả mọi điều có thể xảy ra sau khi tôi không còn khả năng tự quyết định được nữa. Những sở thích của tôi được nói ra ở đây là để hướng dẫn cho bất cứ ai thay mặt tôi để quyết định và những người chăm sóc y tế cho tôi, nhưng tôi cho phép họ được linh động trong việc áp dụng những xác nhận này nếu họ cảm thấy làm như thế có lợi nhất cho tôi.

>>OR/ HOẶC <<



- 2. I realize I cannot foresee everything that might happen after I can no longer decide for myself. Still, I want whoever is making decisions on my behalf and my health care providers to follow my stated preferences exactly as written, even if they think that some alternative is better.*

Tôi hiểu rằng tôi không thể đoán trước được tất cả mọi điều có thể xảy ra sau khi tôi không còn khả năng tự quyết định được nữa. Tuy nhiên, tôi muốn rằng bất cứ ai thay mặt tôi để quyết định và những người chăm sóc y tế cho tôi làm theo thật đúng những sở thích của tôi như được viết ra ở đây, ngay cả trong trường hợp họ nghĩ rằng làm theo một phương cách thay thế nào đó thì tốt hơn.



PART III: SIGNATURE AND WITNESSES

PHẦN III: CHỮ KÝ VÀ NHỮNG NHÂN CHỨNG

*By signing below as the Declarant, I indicate that I am emotionally and mentally competent to make this advance directive and that I understand its purpose and effect. I also understand that this document replaces any similar advance directive I may have completed before this date.*

Bằng cách ký tên dưới đây với tư cách là Người Làm Giấy Ủy Quyền, tôi chứng tỏ rằng tôi có đủ khả năng về mặt cảm xúc và tâm thần để làm giấy ủy quyền này và tôi hiểu rõ mục đích và tác dụng của nó. Tôi cũng hiểu rằng tài liệu này thay thế bất cứ giấy ủy quyền tương tự nào khác mà tôi có thể đã làm trước ngày này.

---

(Signature of Declarant)  
(Chữ ký của Người Làm Giấy Ủy Quyền)

---

(Date)  
(Ngày)

*The Declarant signed or acknowledged signing this document in my presence and, based upon personal observation, appears to be emotionally and mentally competent to make this advance directive.*

Người Làm Giấy Ủy Quyền đã ký hoặc thừa nhận đã ký tài liệu này trước mặt tôi và, căn cứ vào nhận xét cá nhân của tôi, người này tỏ ra có đủ khả năng về mặt cảm xúc và tâm thần để làm giấy ủy quyền này.

---

(Signature of Witness)  
(Chữ ký của Nhân Chứng)

---

(Date)  
(Ngày)

---

Telephone Number(s):  
Số điện thoại

---

(Signature of Witness)  
(Chữ ký của Nhân Chứng)

---

(Date)  
(Ngày)

---

Telephone Number(s):  
Số điện thoại

*(Note: Anyone selected as a health care agent in Part I may not be a witness. Also, at least one of the witnesses must be someone who will not knowingly inherit anything from the Declarant or otherwise knowingly gain a financial benefit from the Declarant's death. Maryland law does **not** require this document to be notarized.)*

(**Ghi chú:** Bất cứ ai được chọn làm đại lý về chăm sóc y tế trong Phần I đều không được phép làm nhân chứng. Đồng thời, ít nhất là một trong số những người làm chứng phải là một người không có chủ tâm được thừa hưởng bất cứ một thứ gì của Người Làm Giấy Ủy Quyền hoặc có chủ tâm được hưởng lợi về tài chính bằng một cách nào khác sau cái chết của Người Làm Giấy Ủy Quyền. Luật lệ của Tiểu Bang Maryland **không** đòi hỏi tài liệu này phải được thị thực chữ ký)

*AFTER MY DEATH*

SAU KHI TÔI QUA ĐỜI

**By:** \_\_\_\_\_ **Date of Birth:**  
(Print Name) (Month/Day/Year)  
**Do:** \_\_\_\_\_ **Ngày sinh:**  
(Viết theo lối chữ in) (Tháng/Ngày/Năm)

*(Initial the ones that you want. Cross through any that you do not want.)*


(Ký tắt vào các mục quý vị muốn. Xin gạch bỏ bất cứ mục nào quý vị không muốn.)

*Upon my death I wish to donate:*

Sau khi tôi qua đời, tôi muốn hiến tặng:

*Any needed organs, tissues, or eyes.*  \_\_\_\_\_

Bất cứ bộ phận, mô, hoặc con mắt nào được cần đến

*Only the following organs, tissues, or eyes:*  \_\_\_\_\_

Chỉ hiến tặng những bộ phận, mô, hoặc con mắt sau đây:

*I authorize the use of my organs, tissues, or eyes:*

*Tôi cho phép sử dụng các bộ phận, mô, hoặc con mắt của tôi:*


*For transplantation*  \_\_\_\_\_

Để ghép


*For therapy*  \_\_\_\_\_

Để trị bệnh

*For research*  
Để nghiên cứu

 \_\_\_\_\_

*For medical education*  
Để giảng dạy y học

 \_\_\_\_\_

*For any purpose authorized by law*  
Để dùng vào bất cứ mục đích nào được pháp luật cho phép

 \_\_\_\_\_


*I understand that no vital organ, tissue, or eye may be removed for transplantation until after I have been pronounced dead. This document is not intended to change anything about my health care while I am still alive. After death, I authorize any appropriate support measures to maintain the viability for transplantation of my organs, tissues, and eyes until organ, tissue, and eye recovery has been completed. I understand that my estate will not be charged for any costs related to this donation.*

Tôi hiểu rằng không một bộ phận hệ trọng nào, mô nào, hoặc con mắt nào của tôi được lấy đi để ghép cho đến khi tôi được chính thức tuyên bố đã qua đời. Tài liệu này không nhằm mục đích thay đổi bất cứ điều gì về sự chăm sóc y tế cho tôi trong khi tôi vẫn còn sống. Sau khi qua đời, tôi cho phép thực hiện bất cứ biện pháp hỗ trợ thích hợp nào để có thể duy trì sự sống cho việc lắp ghép những bộ phận, mô, và mắt của tôi cho đến khi việc thu hồi các bộ phận, mô, và mắt này đã hoàn tất. Tôi hiểu rằng di sản của tôi sẽ không phải gánh chịu một phí tổn nào liên quan đến việc hiến tặng này.

**PART II: DONATION OF BODY**  
**PHẦN II: HIẾN TẶNG THI HÀI**

*After any organ donation indicated in Part I, I wish my body to be donated for use in a medical study program.*

Sau khi hiến tặng bất cứ bộ phận nào như được nêu rõ trong Phần I, tôi muốn hiến tặng thi hài của tôi để dùng trong một chương trình nghiên cứu y học.

 \_\_\_\_\_

PART III: DISPOSITION OF BODY AND FUNERAL ARRANGEMENTS

PHẦN III: CÁCH XỬ LÝ THI HÀI VÀ TỔ CHỨC TANG LỄ

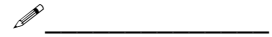
*I want the following person to make decisions about the disposition of my body and my funeral arrangements: (Either initial the first or fill in the second.)*

Tôi muốn người sau đây quyết định về cách xử lý đối với thi hài của tôi và về việc tổ chức tang lễ cho tôi: (Ký tắt vào mục thứ nhất, hoặc điền vào mục thứ hai)

*The health care agent who I named in my advance directive.*

Đại lý về chăm sóc y tế mà tôi chỉ định trong giấy ủy quyền của tôi.

>>OR/ HOẶC <<



*This person:*

Người này:

*Name:*

Tên:

*Address:*

Địa chỉ:

*Telephone Number(s):*

*(Home and Cell)*

Số điện thoại:

(Nhà và di động)

*If I have written my wishes below, they should be followed. If not, the person I have named should decide based on conversations we have had, my religious or other beliefs and values, my personality, and how I reacted to other peoples' funeral arrangements. My wishes about the disposition of my body and my funeral arrangements are:*

Nếu tôi đã viết ra những nguyện vọng của tôi dưới đây, nó phải được thực hiện. Nếu không, người được tôi chỉ định phải quyết định căn cứ vào những cuộc nói chuyện trước đây giữa người đó và tôi, vào đức tin tôn giáo và những đức tin khác của tôi cùng những giá trị mà tôi đã tin tưởng, vào nhân cách của tôi, và vào cách tôi đã phản ứng đối với những nghi thức tang lễ cho những người khác. Những nguyện vọng của tôi về cách xử lý thi hài của tôi và về cách tổ chức tang lễ cho tôi là:



PART IV: SIGNATURE AND WITNESSES

**PHẦN IV: CHỮ KÝ VÀ NHỮNG NHÂN CHỨNG**

*By signing below, I indicate that I am emotionally and mentally competent to make this donation and that I understand the purpose and effect of this document.*

Bằng cách ký tên dưới đây, tôi chứng tỏ là tôi có đủ khả năng về cảm xúc cũng như về tâm thần để quyết định về sự hiến tặng này và tôi hiểu rõ mục đích và tác động của tài liệu này.

\_\_\_\_\_  
(Signature of Donor)  
(Chữ ký của Người hiến tặng)

\_\_\_\_\_  
(Date)  
(Ngày)

*The Donor signed or acknowledged signing the foregoing document in my presence and, based upon personal observation, appears to be emotionally and mentally competent to make this donation.*

Người hiến tặng đã ký hoặc thừa nhận là đã ký tài liệu trên đây trước mặt tôi và, căn cứ vào nhận xét cá nhân của tôi, tỏ ra đủ khả năng về cảm xúc và về tâm thần để quyết định về sự hiến tặng này.

\_\_\_\_\_  
(Signature of Witness)  
(Chữ ký của Nhân Chứng)

\_\_\_\_\_  
(Date)  
(Ngày)

\_\_\_\_\_  
Telephone Number(s):  
Số điện thoại

\_\_\_\_\_  
(Signature of Witness)  
(Chữ ký của Nhân Chứng)

\_\_\_\_\_  
(Date)  
(Ngày)

\_\_\_\_\_  
Telephone Number(s):  
Số điện thoại:

## *Did You Remember To ...?*

### *Quý vị có nhớ...?*

- Fill out Part I if you want to name a health care agent?

Điền vào Phần I nếu quý vị muốn chỉ định một đại lý về chăm sóc y tế?

- Name one or two back-up agents in case your first choice as health care agent is not available when needed?

Chỉ định một hoặc hai đại lý dự khuyết trong trường hợp người thứ nhất được quý vị chọn làm đại lý về chăm sóc y tế không có mặt khi cần đến?

- Talk to your agents and back-up agent about your values and priorities, and decide whether that's enough guidance or whether you also want to make specific health care decisions in the advance directive?

Thảo luận với các đại lý và đại lý dự khuyết của quý vị về những giá trị mà quý vị tin tưởng và về những ưu tiên của quý vị, và quyết định rằng những hướng dẫn như thế là đã đầy đủ chưa hoặc quý vị cũng cần có những quyết định cụ thể về chăm sóc y tế trong giấy ủy quyền hay không?

- If you want to make specific decisions, fill out Part II, choosing carefully among alternatives?

Điền vào Phần II và chọn lựa cẩn thận trong số những giải pháp khác nhau, nếu quý vị muốn có những quyết định cụ thể?

- Sign and date the advance directive in Part III, in front of two witnesses who also need to sign?

Ký tên và để ngày vào giấy ủy quyền trong Phần III, trước mặt hai người chứng, và những người này cũng cần phải ký tên?

- Look over the “After My Death” form to see if you want to fill out any part of it?

Xem qua mẫu đơn “Sau Khi Tôi Qua Đời” (After My Death) để xem quý vị có cần điền vào phần nào hay không?

- Make sure your health care agent (if you named one), your family, and your doctor know about your advance care planning?

Chắc chắn là đại lý về chăm sóc y tế của quý vị (nếu quý vị có chỉ định), gia đình của quý vị, và bác sĩ của quý vị biết rằng quý vị có hoạch định trước về việc chăm sóc y tế?

- Give a copy of your advance directive to your health care agent, family members, doctor, and hospital or nursing home if you are a patient there?

Đưa một bản sao của giấy ủy quyền của quý vị cho đại lý về chăm sóc y tế, những người trong gia đình, và bác sĩ của quý vị, và cho bệnh viện hoặc nhà an dưỡng, nếu quý vị là một bệnh nhân tại các nơi này?