



**State of Wisconsin**  
Department of Health Services

**Hướng dẫn Hoàn thành Mẫu Giấy Ủy quyền Chăm sóc Sức khỏe**  
**Instructions to Complete the Power of Attorney for Health Care Form**

Kính gửi các Cơ quan Hữu quan:

Đính kèm là mẫu Giấy Power of Attorney for Health Care mà Quý vị Yêu cầu. Mẫu Giấy Power of Attorney for Health Care cho phép người trưởng thành ở Wisconsin ủy quyền cho các cá nhân khác (được gọi là đại diện y tế) đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe thay cho họ trong trường hợp họ bị mất khả năng. Mẫu này cũng có thể được sử dụng để tạo ra hoặc từ chối tạo ra một món quà giải phẫu (hiên tặng toàn bộ hoặc một phần cơ thể người, có hiệu lực sau khi người hiến tặng mất đi).

Hãy chắc chắn đọc tất cả sáu (6) trang của biểu mẫu và hiểu rõ trước khi quý vị hoàn thành và ký tên. Nói chuyện với những người quý vị chọn làm đại diện y tế và đại diện y tế thay thế của mình về suy nghĩ và niềm tin của quý vị với điều trị y tế. Cả đại diện y tế lẫn người thay thế không thể là nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị, nhân viên của một cơ sở chăm sóc sức khỏe mà quý vị là bệnh nhân hoặc vợ/chồng của bất kỳ ai trong số họ, trừ khi họ cũng là người thân của quý vị.

Cần có hai người làm chứng. Người làm chứng phải từ 18 tuổi trở lên, không có quan hệ ruột thịt, hôn nhân, bạn đời chung sống, hay qua việc nhận con nuôi, và không trực tiếp chịu trách nhiệm tài chính cho việc chăm sóc sức khỏe của quý vị. Người làm chứng không thể là nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đang phục vụ quý vị tại thời điểm tài liệu được ký hoặc nhân viên của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe này trừ khi nhân viên đó là giáo sĩ hoặc nhân viên xã hội. Người làm chứng không thể là nhân viên của một cơ sở chăm sóc sức khỏe nội trú mà quý vị là bệnh nhân, trừ khi nhân viên này là giáo sĩ hoặc nhân viên xã hội. Người làm chứng không thể là đại diện y tế của quý vị cũng như không được có yêu cầu bồi thường đối với bất kỳ phần tài sản nào của quý vị. Người làm chứng hợp lệ hành động có thiện chí được miễn trách nhiệm dân sự hoặc hình sự.

Mẫu đơn gốc có chữ ký có thể được lưu trong hồ sơ với bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính khác. Mẫu Giấy Power of Attorney for Health Care đã ký cũng có thể được giữ ở nơi an toàn, dễ tiếp cận cho đến khi cần. Quý vị nên để người thân và bạn bè biết rằng Quý vị đã tạo Giấy Power of Attorney for Health Care và địa điểm cất giữ. Người thân và bạn bè cũng nên được biết về người quý vị chọn làm đại diện y tế và người thay thế. Có thể, nhưng không bắt buộc, nộp tài liệu để giữ an toàn, với một khoản phí, cho Cán bộ Chứng thực Di chúc của quận nơi quý vị cư trú. Lệ phí nộp hồ sơ cho Cán bộ Chứng thực Di chúc đã được Quy định bởi State Statute là 8,00\$. Giấy Power of Attorney for Health Care là bản gốc đã ký, bản sao rõ ràng hoặc bản sao điện tử đều được coi là hợp lệ. Nếu quý vị có cả Giấy Power of Attorney for Health Care và Tuyên bố dành cho Bác sĩ, các quy định của Giấy Power of Attorney for Health Care hợp lệ sẽ thay thế mọi điều khoản mâu thuẫn trực tiếp nằm trong Tuyên bố dành cho Bác sĩ hợp lệ.

Một bản sao của mẫu Giấy Power of Attorney for Health Care sẽ được gửi miễn phí cho bất kỳ ai gửi một phong bì có dán tem, ghi sẵn địa chỉ, có kích cỡ tiêu chuẩn tới: Power of Attorney, Division of Public Health, P.O. Box 2659, Madison, Wisconsin 53701-2659. Quý vị có thể tạo thêm các bản sao trắng của biểu mẫu mà quý vị nhận được từ Ban Y tế Công cộng. Mẫu đơn này cũng có sẵn trên trang web của Department of Health Services, <https://www.dhs.wisconsin.gov/forms/advdirectives/index.htm>.

**Định nghĩa** ‘Department’ nghĩa là Department of Health Services. ‘Health Care’ có nghĩa là bất kỳ sự chăm sóc, điều trị, dịch vụ hoặc thủ tục nào để duy trì, chẩn đoán hoặc điều trị một tình trạng thể chất hoặc tinh thần cá nhân. ‘Quyết định về chăm sóc sức khỏe’ có nghĩa là một quyết định có căn cứ trong việc thực hiện quyền chấp nhận, duy trì, ngừng hoặc từ chối chăm sóc sức khỏe. ‘Cơ sở chăm sóc sức khỏe’ có nghĩa là một cơ sở, theo định nghĩa trong State Statute 647.01(4), hoặc bất kỳ bệnh viện, viện dưỡng lão, cơ sở lưu trú tại cộng đồng, mái ấm quận, bệnh xá quận, bệnh viện quận, trung tâm sức khỏe tâm thần quận, bệnh viện điều trị bệnh lao hoặc các địa điểm khác được department cấp phép hoặc phê duyệt theo State Statute 49.70, 49.71, 49.72, 50.02, 50.03, 50.35, 51.08, 51.09, 58.06, 252.073 hoặc 252.076 hoặc một cơ sở theo §§ 45.365, 51.05, 51.06, 233.40, 233.41, 233.42 hoặc 252.10. ‘Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe’ có nghĩa là một y tá được cấp phép hoặc cho phép theo State Statute Chương 441, một bác sỹ chỉnh hình được cấp phép theo Chương 446, một nha sỹ được cấp phép theo Chương 447, một bác sĩ, bác sĩ phẫu thuật hoặc bác sĩ vật lý trị liệu được cấp phép hoặc một nhà trị liệu hoặc trợ lý trị liệu được chứng nhận theo Chương 448, một người hành nghề điều trị theo Khoa học Cơ đốc, chuyên viên đo mắt được cấp phép theo Chương 449, một nhà tâm lý học

được cấp phép theo Chương 455, công ty hợp danh, công ty cổ phần cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, kế hoạch hợp tác chăm sóc bệnh nhân đang vận hành được tổ chức theo State Statute 185.981 tới 185.985 trực tiếp cung cấp dịch vụ thông qua nhân viên làm công ăn lương tại cơ sở của mình hoặc cơ quan y tế tại nhà, theo định nghĩa trong State Statute 50.49 (1) (a). ‘Bị mất khả năng’ có nghĩa là không có khả năng tiếp nhận và đánh giá thông tin một cách hiệu quả hoặc không thể truyền đạt quyết định đến mức mà cá nhân đó thiếu khả năng quản lý các quyết định chăm sóc sức khỏe của bản thân mình. ‘Ông dẫn thức ăn’ có nghĩa là một ông y tế thông qua đó dinh dưỡng hoặc nước nhân tạo được đưa vào tĩnh mạch, dạ dày, mũi, miệng hoặc bộ phận cơ thể khác của người ký giấy ủy quyền.

**Ai có thể ký Giấy Power of Attorney for Health Care?** Một cá nhân đủ tinh táo và đã đủ 18 tuổi trở lên có thể tự nguyện thực hiện Giấy Power of Attorney for Health Care. Một cá nhân nhận được phán quyết không đủ năng lực và giấy bổ nhiệm người giám hộ của người đó có hiệu lực theo State Statute Chương 54 được cho là không đủ tinh táo.

**Thủ tục ký Giấy Power of Attorney for Health Care** Người đóng vai trò chính (người tạo Giấy Power of Attorney for Health Care) và tất cả các người làm chứng đều phải ký vào mẫu đơn cùng một lúc.

**Khi nào văn bản này có hiệu lực?** Trừ khi được quy định khác trong tài liệu (mẫu) Giấy Power of Attorney for Health Care, Giấy Power of Attorney for Health Care của một cá nhân có hiệu lực khi 2 bác sĩ hoặc một bác sĩ và một nhà tâm lý học, theo định nghĩa trong State Statute 448.01 (5), điều dưỡng cao cấp hoặc trợ lý bác sĩ, người trực tiếp khám cho người ủy quyền và ký một tuyên bố xác định rằng người ủy quyền bị mất khả năng, phát hiện ra tình trạng mất khả năng. Tuổi già, lập dị hoặc khuyết tật về thể chất, dù tính riêng lẻ hay gộp lại, là không đủ để kết luận về tình trạng khả năng. Cả hai người kết luận là mất khả năng không thể là người thân của người ủy quyền cũng như không được biết rằng mình được phép hoặc có yêu cầu bồi thường đối với bất kỳ phần tài sản nào của người ủy quyền. Một bản sao của tuyên bố, nếu được thực hiện, sẽ được thêm vào văn kiện Giấy Power of Attorney for Health Care.

**Thu hồi** Người ủy quyền có thể thu hồi Giấy Power of Attorney for Health Care của mình và làm mất hiệu lực Văn kiện Power of Attorney for Health Care bất cứ lúc nào bằng cách thực hiện bất kỳ thao tác nào sau đây: hủy bỏ, xóa bỏ, xóa sổ, đốt, xé hoặc phá hủy Văn kiện Power of Attorney for Health Care hoặc chỉ đạo người khác với sự có mặt của người ủy quyền để phá hủy Văn kiện Power of Attorney for Health Care; thực hiện một tuyên bố, bằng văn bản, được người ủy quyền ký và ghi ngày tháng, thể hiện ý định thu hồi Giấy Power of Attorney for Health Care; bằng lời nói thể hiện ý định thu hồi Giấy Power of Attorney for Health Care trước sự chứng kiến của 2 người làm chứng; hoặc, thực hiện một Văn kiện Power of Attorney for Health Care mới. Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của người ủy quyền, sau thông báo thu hồi Văn kiện Power of Attorney for Health Care, ghi vào hồ sơ y tế của người ủy quyền về thời gian, ngày và địa điểm thu hồi và thời gian, ngày và địa điểm thông báo cho các nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe về việc thu hồi (nếu khác).

**Miễn trừ trách nhiệm** Không có cơ sở chăm sóc sức khỏe hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào có thể bị buộc tội, chịu trách nhiệm dân sự hoặc bị buộc tội vì hành vi không chuyên nghiệp đối với bất kỳ trường hợp nào sau đây: chứng nhận mất khả năng theo State Statute 155.05 (2), nếu chứng nhận được thực hiện với thiện chí dựa trên sự khám xét kỹ lưỡng người ủy quyền; không tuân thủ Văn kiện Power of Attorney for Health Care hoặc quyết định của đại diện y tế, ngoại trừ việc bác sĩ không tuân thủ sẽ cấu thành hành vi thiếu chuyên nghiệp nếu bác sĩ từ chối hoặc không thực hiện một nỗ lực thiện chí để chuyển người ủy quyền sang một bác sĩ khác tuân thủ văn kiện; tuân thủ, trong trường hợp không biết về việc thu hồi, với các điều khoản của Văn kiện Power of Attorney for Health Care tuân theo Chương 155; tuân thủ quyết định của một đại diện y tế được đưa ra theo Giấy Power of Attorney for Health Care tuân theo Chương 155; hành động trái với hoặc không thực hiện theo quyết định thu hồi Giấy Power of Attorney for Health Care, trừ khi cơ sở chăm sóc sức khỏe hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe thực sự biết về việc thu hồi; hoặc, không nhận được quyết định chăm sóc sức khỏe cho người ủy quyền từ đại diện y tế của người ủy quyền, nếu cơ sở chăm sóc sức khỏe hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đã nỗ lực hợp lý để liên hệ với đại diện y tế và có được quyết định nhưng không thể làm như vậy. Không có đại diện y tế nào có thể bị buộc tội hoặc chịu trách nhiệm dân sự về việc đưa ra quyết định với thiện chí theo Văn kiện Power of Attorney for Health Care tuân theo Chương 155. Không có đại diện y tế nào không phải là vợ/chồng của người ủy quyền có thể phải chịu trách nhiệm cá nhân đối với bất kỳ hàng hóa hoặc dịch vụ nào được mua hoặc ký hợp đồng theo Văn kiện Power of Attorney for Health Care.

**Các quy định chung** Việc đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe thay mặt cho người ủy quyền theo Văn kiện Power of Attorney for Health Care, không vì mục đích nào, dẫn đến việc tự tử. Không cá nhân nào có thể bị yêu cầu thực hiện Giấy Power of Attorney for Health Care như một điều kiện để nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc được nhận vào cơ sở chăm sóc sức khỏe. Không có công ty bảo hiểm nào có thể từ chối thanh toán cho hàng hóa hoặc dịch vụ được bảo hiểm theo hợp đồng bảo hiểm của người ủy quyền chỉ vì quyết định sử dụng hàng hóa hoặc dịch vụ được đưa ra bởi đại diện y tế của người ủy

**Lưu ý quan trọng:**

**Quý vị phải giữ các trang 1-6 của biểu mẫu cùng với nhau để văn kiện có giá trị sử dụng. Bản sao được giao cho các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, v.v. phải bao gồm đủ trang 1-6.**

**THÔNG BÁO VỀ POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE  
CHO NGƯỜI LẬP GIẤY NÀY  
(POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE DOCUMENT  
NOTICE TO PERSON MAKING THIS DOCUMENT)**

Quý vị có quyền quyết định việc chăm sóc sức khỏe cho quý vị. Không có hoạt động chăm sóc sức khỏe nào sẽ được thực hiện cho quý vị nếu quý vị không đồng ý, nhưng nếu quý vị không đồng ý thì những hoạt động chăm sóc sức khỏe cần thiết vẫn được thực hiện hoặc tiếp tục thực hiện cho quý vị.

Trong một số trường hợp, vì các nhà cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe có thể chưa quen quý vị lâu, họ thường không hiểu niềm tin và chuẩn mực của quý vị và chi tiết về các mối quan hệ gia đình của quý vị. Việc này sẽ gây khó khăn khi quý vị không còn đủ sức khỏe về thể xác hoặc tinh thần nữa để ra quyết định về việc chăm sóc sức khỏe cho quý vị.

Để tránh tình trạng này, quý vị có thể ký một văn bản có tính pháp lý để chỉ định người mà quý vị muốn sẽ quyết định về việc chăm sóc sức khỏe cho quý vị khi quý vị không còn có thể tự mình quyết định nữa. Người này được gọi là người đại diện quyết định việc chăm sóc sức khỏe cho quý vị. Quý vị nên dành chút thời gian để chia sẻ các suy nghĩ và niềm tin về việc điều trị với người hoặc những người mà quý vị chỉ định đó. Quý vị có thể ghi trong văn bản này bất kỳ loại công việc chăm sóc sức khỏe nào mà quý vị muốn hay không muốn được thực hiện, và quý vị có thể giới hạn quyền của người đại diện quyết định việc chăm sóc sức khỏe cho quý vị. Nếu người đại diện quyết định việc chăm sóc sức khỏe cho quý vị không biết những điều quý vị muốn liên quan đến một quyết định chăm sóc sức khỏe cụ thể nào đó, họ có thể phải quyết định sao cho có lợi nhất cho quý vị.

Đây là một văn bản pháp lý. Nó cung cấp cho người đại diện này những quyền hạn rộng rãi để ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho quý vị. Nó cũng hủy bỏ bất kỳ power of attorney for health care nào mà quý vị có thể đã lập trước đây. Nếu muốn thay đổi giấy power of attorney for health care của quý vị, quý vị có thể hủy bỏ nó vào bất cứ lúc nào bằng cách tiêu hủy, nhờ người khác tiêu hủy trước mặt quý vị, ký và ghi ngày cho một văn bản tuyên bố hay tuyên bố rằng giấy này đã không còn hiệu lực trước mặt của hai người làm chứng. Nếu hủy bỏ giấy, quý vị phải thông báo cho người đại diện, (các) nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị và bất kỳ (những) người nào khác quý vị đã gửi bản sao đến. Nếu người đại diện của quý vị là vợ/chồng hoặc người bạn đời sống cùng nhà với quý vị và cuộc hôn nhân của quý vị bị hủy bỏ, quý vị đã ly hôn hoặc mối quan hệ giữa quý vị và người bạn đời sống cùng nhà chấm dứt sau khi ký vào tài liệu này thì tài liệu không có giá trị.

Quý vị cũng có thể dùng tài liệu này để hiến tặng hay từ chối hiến tặng bộ phận cơ thể khi quý vị qua đời. Nếu quý vị dùng giấy này để hiến tặng hay từ chối hiến tặng bộ phận cơ thể, giấy này sẽ vô hiệu mọi chỉ định hiến tặng mà quý vị có thể đã thực hiện trước đó. Quý vị có thể hủy bỏ hay thay đổi bất kỳ nội dung hiến tặng nào mà quý vị đã thực hiện bằng giấy này bằng cách gạch chéo điều khoản hiến tặng bộ phận cơ thể đó trong giấy này.

Xin không ký giấy này khi quý vị chưa hiểu rõ về nó. Quý vị nên giữ bản gốc của tài liệu này trong hồ sơ với bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính khác của mình.

**GIẤY ỦY QUYỀN ĐẠI DIỆN QUYẾT ĐỊNH VIỆC CHĂM SÓC SỨC KHỎE**  
**(POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE)**

Tài liệu đã được lập vào \_\_\_\_\_ ngày \_\_\_\_\_ (tháng), \_\_\_\_\_ (năm).

**LẬP GIẤY POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE**

Tôi, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (tên viết in hoa, địa chỉ và ngày sinh),

với sức khỏe tâm thần ổn định, có ý định lập giấy power of attorney for health care bằng tài liệu này. Việc lập giấy power of attorney for health care này của tôi là tự nguyện. Bất kể việc lập power of attorney for health care này ra sao, tôi cho rằng mình có hiểu biết đầy đủ về và được phép tham gia vào bất kỳ quyết định chăm sóc sức khỏe nào cho tôi, trong phạm vi năng lực của tôi. Theo mục đích của giấy này, "quyết định chăm sóc sức khỏe" nghĩa là một quyết định có hiểu biết để chấp nhận, tiếp tục, ngưng, hay từ chối bất cứ việc chăm sóc, điều trị, dịch vụ, hay thủ thuật nào để duy trì, chẩn đoán, hoặc điều trị tình trạng thể xác hay tinh thần của tôi.

Ngoài ra, bằng giấy này, tôi có thể ghi rõ các ý muốn của tôi về việc hiến tặng bộ phận cơ thể khi tôi qua đời.

**ỦY QUYỀN ĐẠI DIỆN QUYẾT ĐỊNH CHĂM SÓC SỨC KHỎE**

Do không còn đủ năng lực, tôi không thể tự mình quyết định việc chăm sóc sức khỏe cho tôi nữa,

Bằng giấy này, tôi ủy quyền cho \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (tên viết in hoa, địa chỉ và số điện thoại) để trở thành đại diện y tế của tôi với mục đích đưa ra những quyết định chăm sóc sức khỏe thay cho tôi. Trong trường hợp người này không thể hoặc không muốn làm việc đó,

Bằng giấy này, tôi ủy quyền cho \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (tên viết in hoa, địa chỉ và số điện thoại)

trở thành đại diện y tế thay thế của tôi với mục đích thay mặt tôi đưa ra các quyết định chăm sóc sức khỏe. Đại diện y tế của tôi hay đại diện y tế thay thế mà tôi đã chỉ định đều không phải là nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi, nhân viên của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi, nhân viên của cơ sở chăm sóc sức khỏe mà tôi là bệnh nhân hoặc vợ/chồng của bất kỳ người nào trong số đó, trừ khi người ấy cũng là người thân của tôi. Vì mục đích của tài liệu này, "bị mất khả năng" tồn tại nếu 2 bác sĩ hoặc một bác sĩ và một nhà tâm lý học, điều dưỡng cao cấp hoặc trợ lý bác sĩ đã trực tiếp khám cho tôi ký tuyên bố thể hiện cụ thể ý kiến của họ rằng tôi có một tình trạng bệnh lý khiến tôi không thể tiếp nhận và đánh giá thông tin một cách hiệu quả hoặc truyền đạt các quyết định, ở mức độ tôi không có khả năng kiểm soát những quyết định chăm sóc sức khỏe của mình. Một bản sao của giấy đó phải được đính kèm vào giấy này.

## TUYÊN BỐ CHUNG VỀ QUYỀN ĐƯỢC TRAO

Trừ trường hợp tôi có ghi khác đi trong giấy này, nếu khi nào tôi không còn đủ năng lực nữa mà tôi cần phải điều trị, tôi yêu cầu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi xin người đại diện chăm sóc sức khỏe cho tôi ra quyết định cho tất cả việc chăm sóc sức khỏe và điều trị của tôi. Tôi đã nói cho người đại diện quyết định việc chăm sóc sức khỏe cho tôi biết chi tiết các ước nguyện của tôi và tin rằng họ đã hiểu được triết lý của tôi về các quyết định chăm sóc sức khỏe mà tôi sẽ ra khi còn đủ năng lực. Tôi muốn các ước nguyện của tôi được thực hiện thông qua quyền mà tôi đã cấp cho người đại diện quyết định việc chăm sóc sức khỏe cho tôi theo giấy này.

Nếu tôi không thể, do không còn đủ năng lực để quyết định về việc chăm sóc sức khỏe cho tôi nữa, người đại diện quyết định việc chăm sóc sức khỏe cho tôi được yêu cầu ra quyết định về việc chăm sóc sức khỏe cho tôi, nhưng họ phải cho tôi biết về việc chăm sóc sức khỏe cụ thể được đề nghị trước nếu tôi không thể truyền đạt theo bất kỳ cách nào nữa, kể cả bằng cách chớp mắt. Nếu tôi không thể thực hiện được việc truyền đạt này, người đại diện quyết định việc chăm sóc sức khỏe cho tôi sẽ ra quyết định dựa theo bất kỳ lựa chọn nào về chăm sóc sức khỏe mà tôi đã cho biết trước khi ra quyết định. Nếu tôi đã không cho biết một lựa chọn nào về việc chăm sóc sức khỏe mà họ đang phân vân và tôi không thể truyền đạt được, người đại diện quyết định việc chăm sóc sức khỏe cho tôi sẽ quyết định việc chăm sóc sức khỏe cho tôi theo những gì mà họ tin là sẽ có lợi cho tôi nhất.

## CÁC GIỚI HẠN VỀ VIỆC ĐIỀU TRỊ BỆNH TÂM THẦN

Người đại diện quyết định việc chăm sóc sức khỏe cho tôi không được đưa hoặc chuyển tôi vào nội trú trong một cơ sở điều trị bệnh tâm thần, một cơ sở chăm sóc trung gian cho người bị thiếu năng trí tuệ, một cơ sở điều trị của tiểu bang, hay một cơ sở điều trị. Người đại diện quyết định việc chăm sóc sức khỏe cho tôi không được đồng ý cho tôi tham gia nghiên cứu thử nghiệm về sức khỏe tâm thần hoặc thực hiện phẫu thuật tâm thần (psychosurgery), liệu pháp sốc điện hay các thủ thuật điều trị tâm thần mãnh liệt.

## NHẬP VIỆN ĐIỀU DƯỠNG HAY CƠ SỞ LƯU TRÚ TẠI CỘNG ĐỒNG

Người đại diện quyết định việc chăm sóc sức khỏe cho tôi có thể đưa tôi vào một viện điều dưỡng hay cơ sở lưu trú tại cộng đồng để lưu trú trong thời gian ngắn để chăm sóc phục hồi hoặc chăm sóc thay.

Nếu tôi chọn "Có" cho các câu dưới đây, đại diện y tế của tôi được đưa tôi đến cơ sở vì mục đích ngoài chăm sóc phục hồi hoặc chăm sóc thay thế tạm thời. Tuy nhiên, nếu tôi chọn "Không" cho các câu dưới đây, đại diện y tế của tôi không được đưa tôi đến cơ sở:

1. Viện dưỡng lão      Có       Không

2. Cơ sở lưu trú tại cộng đồng      Có       Không

Nếu tôi không chọn "Có" và cũng không chọn "Không" cho các câu ngay trên đây, người đại diện quyết định việc chăm sóc sức khỏe cho tôi chỉ được đưa tôi vào lưu trú ngắn hạn để được chăm sóc phục hồi hay chăm sóc thay.

## CUNG CẤP ỚNG DẪN THỨC ĂN

Nếu tôi đã chọn "Có" cho câu sau đây, đại diện y tế của tôi có thể cho phép giữ lại hoặc rút ống dẫn thức ăn khỏi cơ thể tôi trừ khi bác sĩ, trợ lý bác sĩ hoặc điều dưỡng cao cấp của tôi đã tư vấn rằng, theo đánh giá chuyên môn của họ, điều này sẽ khiến tôi bị đau hoặc sẽ làm giảm sự thoải mái của tôi. Nếu tôi chọn "Không" cho câu dưới đây, đại diện y tế của tôi không được cho phép giữ lại hoặc rút ống dẫn thức ăn khỏi cơ thể tôi.

Người đại diện quyết định việc chăm sóc sức khỏe cho tôi không được từ chối cho tôi được tiếp nước hoặc ăn dưỡng chất tiêu hóa sẵn trừ khi việc cho ăn dưỡng chất hay tiếp nước đó bị chống chỉ định về y tế.

Từ chối cho dùng hay rút ống cho ăn Có  Không

Nếu tôi không chọn "Có" và cũng không chọn "Không" cho câu ngay trên đây, người đại diện quyết định việc chăm sóc sức khỏe cho tôi không được yêu cầu rút ống cho ăn của tôi.

### QUYẾT ĐỊNH VỀ CHĂM SÓC SỨC KHỎE CHO PHỤ NỮ CÓ THAI

Nếu tôi chọn "Có" cho câu dưới đây, người đại diện quyết định việc chăm sóc sức khỏe cho tôi được ra những quyết định về việc chăm sóc sức khỏe cho tôi ngay cả khi người đại diện của tôi biết tôi có thai. Nếu tôi chọn "Không" cho câu dưới đây, người đại diện quyết định việc chăm sóc sức khỏe cho tôi không được ra những quyết định về việc chăm sóc sức khỏe cho tôi nếu người đại diện của tôi biết tôi có thai.

Quyết định về việc chăm sóc sức khỏe nếu tôi có thai Có  Không

Nếu tôi không chọn "Có" và cũng không chọn "Không" cho câu ngay trên đây, người đại diện quyết định việc chăm sóc sức khỏe cho tôi không được ra những quyết định về việc chăm sóc sức khỏe cho tôi nếu người đại diện của tôi biết tôi có thai.

### BÀY TỎ ƯỚC NGUYỆN, CÁC QUY ĐỊNH ĐẶC BIỆT HOẶC GIỚI HẠN

Khi thực thi quyền của mình theo giấy này, người đại diện quyết định việc chăm sóc sức khỏe cho tôi phải hành động phù hợp với những ước nguyện nêu dưới đây của tôi, nếu có, và tuân thủ mọi quy định đặc biệt hoặc giới hạn mà tôi ghi. Sau đây là mọi ước nguyện cụ thể, các quy định hoặc giới hạn mà tôi muốn bày tỏ (ghi thêm mục nếu cần):

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

### KIỂM TRA VÀ CÔNG BỐ THÔNG TIN LIÊN QUAN ĐẾN SỨC KHỎE THỂ CHẤT HOẶC TÂM THẦN CỦA TÔI

Với sự tuân thủ mọi giới hạn trình bày trong giấy này, người đại diện quyết định việc chăm sóc sức khỏe cho tôi được quyền thực hiện tất cả các công việc sau đây:

- a) Yêu cầu cung cấp, soát xét, và tiếp nhận mọi thông tin, bằng lời nói hay bằng văn bản, liên quan đến sức khỏe thể xác hoặc tâm thần của tôi, kể cả hồ sơ y tế và hồ sơ bệnh viện.
- b) Thay mặt tôi, thực hiện mọi giấy tờ cần thiết để nhận được thông tin này.
- c) Đồng ý cho tiết lộ thông tin này.

**(Người ủy quyền và các nhân chứng đều phải ký vào văn bản cùng một lúc.)**

**CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI ỦY QUYỀN**

(Người lập Giấy Power of Attorney for Health Care)

Chữ ký \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_

(Bằng việc ký giấy này, người ủy quyền hủy bỏ tất cả các giấy ủy quyền đại diện quyết định việc chăm sóc sức khỏe trước đây.)

**XÁC NHẬN CỦA NGƯỜI LÀM CHỨNG**

Bản thân tôi có biết về người ủy quyền này và tôi tin rằng họ đang trong tình trạng sáng suốt và từ 18 tuổi trở lên. Tôi tin rằng việc lập giấy power of attorney for health care của họ là tự nguyện. Tôi đã từ 18 tuổi trở lên, tôi không có quan hệ ruột thịt, hôn nhân, bạn đời chung sống, hay nhận nuôi, và tôi không trực tiếp chịu trách nhiệm tài chính cho việc chăm sóc sức khỏe của người ủy quyền này. Tôi không phải là nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đang phục vụ cho người ủy quyền vào lúc này, cũng không phải là nhân viên của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, trừ trường hợp là giáo sĩ hay nhân viên xã hội, hoặc nhân viên, trừ trường hợp là giáo sĩ hay nhân viên xã hội, của một cơ sở chăm sóc sức khỏe nội trú mà người khai là bệnh nhân của họ. Tôi không phải là người đại diện quyết định việc chăm sóc của người ủy quyền. Theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi, tôi không có quyền và không có yêu cầu về tài sản của người ủy quyền.

**Nhân chứng số 1**

(Viết in hoa) Tên \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_

Địa chỉ \_\_\_\_\_

Chữ ký \_\_\_\_\_

**Nhân chứng số 2**

(Viết in hoa) Tên \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_

Địa chỉ \_\_\_\_\_

Chữ ký \_\_\_\_\_

## TUYÊN BỐ CỦA ĐẠI DIỆN Y TẾ VÀ ĐẠI DIỆN Y TẾ THAY THẾ

Tôi hiểu rằng \_\_\_\_\_ (tên người ủy quyền) đã chỉ định tôi làm đại diện y tế hoặc đại diện y tế thay thế của họ nếu người đó được phát hiện là mất khả năng và không thể tự mình đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe

\_\_\_\_\_ (tên người ủy quyền) đã thảo luận với tôi về mong muốn của anh ấy hoặc cô ấy về các quyết định chăm sóc sức khỏe.

Chữ ký của Người đại diện \_\_\_\_\_

Địa chỉ \_\_\_\_\_

Chữ ký của Người đại diện thay thế \_\_\_\_\_

Địa chỉ \_\_\_\_\_

Việc không thực hiện giấy power of attorney for health care theo chương 155 của Luật Wisconsin không tạo nên giả định về ý định của bất kỳ cá nhân nào đối với các quyết định chăm sóc sức khỏe của họ. Giấy power of attorney for health care này được thực hiện theo quy định tại chương 155 của Luật Wisconsin.

### QUÀ TẶNG GIẢI PHẪU (tùy chọn)

Khi tôi qua đời:

Tôi chỉ muốn hiến tặng các cơ quan hoặc bộ phận sau: (ghi rõ các cơ quan hoặc bộ phận).

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tôi muốn hiến tặng bất kỳ cơ quan hoặc bộ phận nào cần thiết.

Tôi muốn hiến tặng cơ thể của mình để nghiên cứu giải phẫu nếu cần.

Tôi từ chối hiến tặng. (Nếu điều này hủy bỏ cam kết trước đây mà tôi đã thực hiện về việc tặng một món quà giải phẫu cho người được tặng đã được chỉ định, tôi sẽ cố gắng thông báo cho người được tặng mà tôi đã đồng ý tặng.)

Việc không tích vào bất kỳ dòng nào ngay ở trên không tạo ra giả định nào về việc tôi muốn thực hiện hoặc từ chối hiến tặng.

Chữ ký \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_