MAÃU ÑÔN CHÆ ÑÒNH NGÖÒØI ÑAÏI DIEÄN VEÀ CHAÊM SOÙC Y TEÁ CUÛA TIEÅU BANG MASSACHUSETTS

Tôi tên là _____ ("người đứng đơn"), cư trú tại _____, quận _____, Massachusetts, chiếu theo Chương 201D của Luật Tổng Quát của tiểu bang Massachusetts, chỉ định người có tên dưới đây làm Người Đại Diện Chính Về Chăm Sóc Y Tế cho tôi:

Tên: _____ Số điện thoại: _____

Địa chỉ: _____ Thành phố/Tiểu bang/Bưu chính: _____

Nếu Người Đại Diện Chính Về Chăm Sóc Y Tế có tên ghi trên không có mặt, tôi chỉ định một Người Đại Diện phụ Về Chăm Sóc Y Tế cho tôi:

Tên: _____ Số điện thoại: _____

Địa chỉ: _____ Thành phố/Tiểu bang/Bưu chính: _____

Tôi cho phép Người Đại Diện Về Chăm Sóc Y Tế của tôi nhân danh tôi để lấy tất cả các quyết định về sự chăm sóc y tế nếu tôi không thể tự quyết định lấy, kể cả nhưng không giới hạn đến các quyết định liên quan đến việc bắt đầu, tiếp tục, hủy bỏ hoặc từ chối bất cứ các sự chăm sóc, chữa trị, dịch vụ và thể thức nào để kéo dài cuộc sống, NGOẠI TRỪ (các giới hạn ghi trong danh sách sau đây, NẾU CÓ, mà quý vị muốn ủy nhiệm cho người đại diện chính (Agent) của mình):

_____

_____

_____

_____

_____

Người Đại Diện Về Chăm Sóc Y Tế của tôi sẽ lượng định và sẽ quyết định dựa theo ước nguyện của tôi, kể cả tín ngưỡng và đạo đức của tôi. Nếu chưa biết được ý muốn của tôi, Người Đại Diện Về Chăm Sóc Y Tế sẽ lượng định và chỉ lấy quyết định nào tốt nhất cho tôi.

Người Đại Diện của tôi có thể lấy bất cứ hoặc tất cả các thông tin y tế, kể cả thông tin y tế được giữ kín đáo mà tôi có quyền nhận. Bản sao của Mẫu Đơn Chỉ Định Người Đại Diện Về Chăm Sóc Y Tế này sẽ có cùng hiệu nghiệm và mục đích như bản chính và có thể đưa cho các nơi chăm sóc y tế.

Quyền mà Người Đại Diện Về Chăm Sóc Y Tế dùng để nhân danh tôi, chỉ có hiệu lực trong thời gian bác sĩ chăm sóc cho tôi xác định rằng tôi không thể tự quyết định lấy hoặc không thể truyền đạt quyết định về chăm sóc sức khỏe của tôi.

Tôi ký tên vào Mẫu Chỉ Định này vào tháng/ngày _____, 20____ trước mặt hai nhân chứng.

Ký tên: _____

(Nếu người đứng đơn không thể ký tên) Người đứng đơn không thể ký tên và theo chỉ định của người này, tôi đã ký tên của người đứng đơn, trước mặt họ và trước mặt hai nhân chứng.

Tên:

_____

Tên đường: _____ Thành phố/Tỉnh: _____

_____φ

MẪU ĐƠN CHỈ ĐỊNH NGƯỜI ĐẠI DIỆN VỀ CHĂM SÓC Y TẾ CỦA TIỂU BANG MASSACHUSETTS

Chúng tôi, là những nhân chứng ký tên ở đây, mỗi người kê khai trước mặt người đứng đơn rằng cả hai chúng tôi không phải là người đại diện chính hoặc người đại diện phụ trong mẫu đơn chỉ định người đại diện về chăm sóc y tế này, và ngoài ra, chúng tôi còn kê khai rằng người đứng đơn ký mẫu ủy nhiệm chăm sóc y tế này, hoặc chỉ thị thi hành, trước mặt chúng tôi và chúng tôi đã ký tên vào mẫu đơn chỉ định người đại diện về chăm sóc y tế với tư cách là nhân chứng trước mặt người đứng đơn, và theo sự hiểu biết tốt nhất của chúng tôi thì người đứng đơn đã được mười tám (18) tuổi hoặc lớn hơn, còn minh mẫn, và không bị ai hoặc thế lực nào ràng buộc.

Nhân chứng: _____ Viết tên bằng chữ in: _____

Địa chỉ: _____

Nhân chứng: _____ Viết tên bằng chữ in: _____

Địa chỉ: _____

TUYÊN BỐ CỦA NGƯỜI ĐẠI DIỆN CHÍNH VỀ CHĂM SÓC Y TẾ (TÙY Ý)

Người Đại Diện Chính Về Chăm Sóc Y Tế: Tôi đã được _____ ("người đứng đơn") chọn làm **Người Đại Diện Chính Về Chăm Sóc Y Tế** trong Mẫu Đơn Chỉ Định Đại Diện Về Chăm Sóc Y Tế của người này và tôi ký tên ở đây chấp nhận chỉ định này. Người đứng đơn đã cho tôi biết ước muốn của họ trong trường hợp họ không còn minh mẫn, và tôi sẽ cố gắng thực hiện theo ước muốn của người đó. Tôi không phải là người điều hành, quản lý hoặc nhân viên của bệnh viện, nhà dưỡng lão, nhà điều dưỡng, nơi cư ngụ của cựu chiến binh (Soldiers Home) hoặc các cơ sở chăm sóc y tế mà người đứng đơn hiện là bệnh nhân, cư trú hoặc đã ghi danh nhập viện; hoặc nếu tôi là người làm trong các chức vụ trên thì đồng thời tôi cũng là thân nhân có liên hệ máu mủ, qua hôn phối hoặc xin nuôi.

Chữ ký của **Người Đại Diện Chính Về Chăm Sóc Y Tế**: _____ Ngày: _____

TUYÊN BỐ CỦA NGƯỜI ĐẠI DIỆN PHỤ VỀ CHĂM SÓC Y TẾ (TÙY Ý)

Người Đại Diện Phụ: Tôi đã được _____ ("người đứng đơn") chọn làm **Người Đại Diện Phụ Về Chăm Sóc Y Tế** trong Mẫu Đơn Chỉ Định Người Đại Diện Về Chăm Sóc Y Tế của người này và tôi ký tên ở đây chấp nhận chỉ định này. Người đứng đơn đã cho tôi biết ước muốn của họ trong trường hợp họ không còn minh mẫn, và tôi sẽ cố gắng thực hiện theo ước muốn của người đó. Tôi không phải là người điều hành, quản lý hoặc nhân viên của bệnh viện, nhà dưỡng lão, nhà điều dưỡng, nơi cư ngu của cựu chiến binh (Soldiers Home) hoặc các cơ sở căm sóc y tế mà người đứng đơn hiện là bệnh nhân, cư trú hoặc đã ghi danh nhập viện; hoặc nếu tôi là người làm trong các chức vụ trên thì đồng thời tôi cũng là thân nhân có liên hệ máu mủ, qua hôn phối hoặc xin nuôi.

Chữ ký của **Người Đại Diện Phụ Về Chăm Sóc Y Tế**: _____ Ngày: _____

Mẫu ủy nhiệm chăm sóc sức khỏe này do Central Massachusetts Partnership to Improve Care at the End of Life soạn thảo. Tổ Chức Hợp Tác đã cho phép tái bản trọn vẹn tài liệu này, với điều kiện là phải in lời tuyên bố này. 12/03