

## Chỉ Thị Chăm Sóc Sức Khỏe (hay “Ý Nguyên Trị Liệu”)

---

### Chỉ Thị Chăm Sóc Sức Khỏe là gì?

Chỉ thị chăm sóc sức khỏe là một mẫu đơn cho phép quý vị chỉ ra loại điều trị y tế nào quý vị muốn hoặc *không* muốn nếu quý vị đang bị bệnh giai đoạn cuối hoặc mất ý thức vĩnh viễn và không thể đưa ra quyết định cho bản thân. Ngoài ra, Chỉ Thị Chăm Sóc sức khỏe cho phép quý vị ghi lại các ước muốn chăm sóc sức khỏe của quý vị.

### Các ước muốn chăm sóc sức khỏe là gì?

Đó là những mong muốn và ưu tiên chăm sóc sức khỏe của quý vị, bao gồm các ưu tiên tôn giáo, dân tộc và cá nhân trong việc chăm sóc của quý vị. Các ước muốn này sẽ hướng dẫn các quyết định chăm sóc sức khỏe được đưa ra cho quý vị khi quý vị không thể đưa ra quyết định cho bản thân trong **tất cả** các trường hợp, không chỉ khi quý vị bị bệnh giai đoạn cuối hoặc mất ý thức vĩnh viễn. Một số ví dụ về những điều quý vị có thể đưa vào mẫu đơn:

- “Tôi lo lắng về cảm giác bị nghẹt thở. Vui lòng làm bất cứ điều gì quý vị có thể làm để giúp tôi giải tỏa căng thẳng.”
- “Tôi có thể chịu được đau đớn ở mức thấp – cân bằng việc kiểm soát cơn đau và giữ trí tuệ tôi minh mẫn.”
- “Chất lượng cuộc sống đối với tôi còn quan trọng hơn cả việc được chăm sóc y tế nhiều.”
- “Điều quan trọng nhất đối với tôi là ở bệnh viện với dịch vụ chăm sóc xuất sắc.”
- “Việc có thể ra ngoài khiến cuộc sống trở nên đáng sống đối với tôi. Nếu tình trạng sức khỏe ngăn tôi ra ngoài, tôi sẽ không còn muốn sống nữa.”
- “Điều quan trọng đối với tôi là có thể nhận ra gia đình mình và nói lời từ biệt.”
- “Tôi muốn dành những ngày cuối đời ở nhà.”
- “Trong tôn giáo của tôi, chúng tôi . . . (mô tả các truyền thống tôn giáo của quý vị liên quan đến việc chăm sóc sức khỏe).”

- “Tôi thích nhạc jazz và muốn nghe nhạc bất cứ khi nào có thể.”

## Mẫu đơn Chỉ Thị Chăm Sóc Sức Khỏe của tôi có nói *ai* sẽ đưa ra quyết định cho tôi không?

Không. Quý vị cũng sẽ cần một mẫu đơn Giấy Ủy Quyền Dài Hạn. Mẫu đơn giấy ủy quyền cho phép quý vị chọn một người bạn hoặc họ hàng đáng tin cậy để giúp quý vị đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe của mình. Quý vị có thể tìm thấy mẫu Giấy Ủy Quyền Dài Hạn tại [WashingtonLawHelp.org](http://WashingtonLawHelp.org).

## Tôi vẫn có thể tự đưa ra quyết định chứ?

Có. Quý vị vẫn có thể tự đưa ra các quyết định chăm sóc sức khỏe của mình nếu quý vị có thể. Quý vị cũng có thể thay đổi hoặc hủy chỉ thị của mình bất kỳ lúc nào.

## Mẫu đơn Chỉ Thị Chăm Sóc Sức Khỏe của tôi có cần được công chứng không?

Quý vị nên ký tên vào mẫu đơn Chỉ Thị Chăm Sóc Sức Khỏe trước mặt công chứng viên. Nếu quý vị không thể tìm được công chứng viên, thì quý vị có thể ký tên trước mặt hai nhân chứng “không vụ lợi”.

## Tôi cần làm gì sau khi ký mẫu đơn này?

Quý vị nên đưa mẫu đơn này cho nhà cung cấp dịch vụ y tế, đại diện của quý vị và một người bạn hoặc người thân đáng tin cậy. Quý vị cũng phải hỏi bệnh viện địa phương của quý vị xem liệu họ có đưa mẫu đơn vào hồ sơ của quý vị không.

## Có các loại chỉ thị khác không?

Có. Có các chỉ thị chăm sóc sức khỏe cho phép quý vị trình bày loại chăm sóc mà quý vị muốn nếu quý vị bị khuyết tật sức khỏe tâm thần hoặc mất trí. Quý vị có thể tìm thấy những chỉ thị này tại: [WashingtonLawHelp.org](http://WashingtonLawHelp.org).

## Tôi nên làm gì nếu cần trợ giúp pháp lý?

**Bên ngoài Quận King:** Hãy gọi đường dây nóng CLEAR theo số 1-888-201-1014 vào các ngày trong tuần, 9:15 sáng - 12:15 chiều.

**Quận King:** Hãy gọi 211 để biết thông tin và xin giới thiệu tới nhà cung cấp dịch vụ pháp lý các ngày trong tuần, 8:00 sáng - 6:00 chiều. Quý vị cũng có thể gọi (206) 461-3200 hoặc gọi số miễn phí 1-877-211-WASH (9274).

Quý vị cũng có thể có thêm thông tin về các nhà cung cấp dịch vụ pháp lý Quận King tại [www.resourcehouse.com/win211/](http://www.resourcehouse.com/win211/).

Người gọi bị điếc, khiếm thính hoặc khiếm ngôn có thể gọi CLEAR hoặc 211 (hoặc gọi số miễn phí 1-877-211-9274) qua dịch vụ tiếp âm họ lựa chọn.

CLEAR và 211 sẽ trao đổi qua phiên dịch viên miễn phí khi cần.

Các ấn phẩm, video và gói thông tin tự hỗ trợ giáo dục kiến thức về pháp lý miễn phí, bao gồm nhiều vấn đề pháp lý sẵn có tại [WashingtonLawHelp.org](http://WashingtonLawHelp.org).

---

Ấn phẩm này cung cấp thông tin tổng quát liên quan đến các quyền và trách nhiệm của quý vị.  
Tài liệu này không thay thế cho tư vấn pháp lý cụ thể.  
Thông tin này lưu hành kể từ tháng 5 năm 2020.

Alliance for Equal Justice và các cá nhân chỉ được phép sao chép và phân phát tài liệu này cho các mục đích phi thương mại

# Health Care Directive of *Chỉ Thị Chăm Sóc Sức Khỏe của*

---

[My Name / (Tên Tôi)]

I am of sound mind and body and voluntarily execute this health care directive. If I cannot make decisions for myself about life sustaining medical treatment, my relatives, friends, agents and medical providers should fully honor every part of this directive. If any part of this directive is invalid, the remainder should be honored. I revoke any health care directives I have signed in the past.

*(Tôi hiện đang minh mẫn và cơ thể khỏe mạnh và tự nguyện thực hiện chỉ thị chăm sóc sức khỏe này. Nếu tôi không thể đưa ra quyết định cho bản thân mình về biện pháp điều trị y tế duy trì cuộc sống, người thân, bạn bè, đại diện và các nhà cung cấp dịch vụ y tế của tôi phải hoàn toàn tôn trọng mọi phần của chỉ thị này. Nếu bất kỳ phần nào của chỉ thị này không hợp lệ, các phần còn lại cần được tôn trọng. Tôi thu hồi bất kỳ chỉ thị chăm sóc sức khỏe nào tôi đã ký trước đây.)*

1. **Withhold or Withdraw Treatment.** If my attending physician diagnoses me with a **terminal condition**, or if two physicians determine that I am in a **permanent unconscious condition**, and if my physician(s) determine that life-sustaining treatment would only artificially prolong the process of dying, the following treatment should be withheld or withdrawn from me:

*(Chấm Dứt hoặc Rút Khỏi Điều Trị. Nếu bác sĩ điều trị của tôi chẩn đoán tôi mắc **bệnh trạng giai đoạn cuối**, hoặc nếu hai bác sĩ xác định rằng tôi đang ở trong **tình trạng mất ý thức vĩnh viễn**, và nếu (các) bác sĩ của tôi xác định rằng điều trị duy trì sự sống chỉ kéo dài quá trình hấp hối bằng phương thức nhân tạo, tôi muốn chấm dứt hoặc rút khỏi các biện pháp điều trị sau đây:)*

(check all that apply / (đánh dấu tất cả các tùy chọn áp dụng))

Artificial nutrition / (Dinh dưỡng nhân tạo)

Artificial hydration / (Thủy dưỡng nhân tạo)

Artificial respiration / (Hô hấp nhân tạo)

My Name/(Tên của Tôi): \_\_\_\_\_ My Date of Birth/(Ngày Sinh của Tôi): \_\_\_\_\_

- Cardiopulmonary Resuscitation (CPR), including artificial ventilation, heart regulating drugs, diuretics, stimulants, or any other treatment for heart failure  
(Hồi Sức Tim Phổi (CPR), bao gồm thông khí nhân tạo, thuốc điều hoà tim, thuốc lợi tiểu, chất kích thích hoặc bất kỳ biện pháp điều trị suy tim nào khác)
- Surgery to prolong my life or keep me alive  
(Phẫu thuật để kéo dài cuộc sống của tôi hoặc giữ mạng sống cho tôi)
- Blood dialysis or filtration for lost kidney function  
(Thẩm tách máu hoặc lọc máu do mất chức năng thận)
- Blood transfusion to replace lost or contaminated blood  
(Truyền máu để thay thế máu bị mất hoặc bị nhiễm bẩn)
- Medication used to prolong life, not for controlling pain  
(Thuốc dùng để kéo dài cuộc sống, không phải để kiểm soát cơn đau)
- Any other medical treatment used to prolong my life or keep me alive artificially  
(Bất kỳ biện pháp điều trị y tế nào khác được sử dụng để kéo dài cuộc sống của tôi hoặc giữ cho tôi sống nhân tạo)

**2. Comfort Care and Pain Medication.** If I appear to be experiencing pain or discomfort, I want treatment and medications to make me comfortable, even if my medical providers believe it might unintentionally hasten my death.

*(Chăm Sóc Thoải Mái và Thuốc Giảm Đau. Nếu tôi có cảm giác đau hoặc khó chịu, tôi muốn điều trị và dùng thuốc men để tôi cảm thấy thoải mái, ngay cả khi các nhà cung cấp dịch vụ y tế của tôi tin rằng điều đó có thể vô tình làm cái chết của tôi đến nhanh hơn.)*

**3. Health Care Institutions.** If I am admitted to a hospital or other medical institution that will not honor this directive due to religious or other beliefs: (1) my consent to admission is not implied consent to treatment, and (2) I want to be transferred as soon as possible to a hospital or other medical institution that will honor my directive.

*(Các Cơ Sở Chăm Sóc Sức Khỏe. Nếu tôi được nhập viện hoặc cơ sở y tế khác mà sẽ không tôn trọng chỉ thị này vì lý do tôn giáo hoặc các tín ngưỡng khác: (1) việc tôi chấp thuận nhập viện không phải là chấp thuận điều trị, và (2) tôi muốn được chuyển ngay khi có thể đến bệnh viện hoặc cơ sở y tế khác mà sẽ tôn trọng chỉ thị của tôi.)*

My Name/(Tên của Tôi): \_\_\_\_\_ My Date of Birth/(Ngày Sinh của Tôi): \_\_\_\_\_

4. **Changes and Revocation.** I understand that I can change the wording of this directive before I sign it. I also understand that I can revoke this directive at any time.

*(Thay Đổi và Thu Hồi. Tôi hiểu rằng tôi có thể thay đổi từ ngữ trong chỉ thị này trước khi tôi ký nó. Tôi cũng hiểu rằng tôi có thể thu hồi chỉ thị này bất cứ lúc nào.)*

5. **Health Care Values:** The following wishes and preferences should guide all decisions made about my care:

**(Các Ước Muốn Chăm Sóc Sức Khỏe:** Những mong muốn và ưu tiên sau đây sẽ hướng dẫn tất cả các quyết định được đưa ra về việc chăm sóc của tôi:)

My Name/(Tên của Tôi): \_\_\_\_\_ My Date of Birth/(Ngày Sinh của Tôi): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
My Signature/(Chữ Ký của Tôi)

\_\_\_\_\_  
Date / (Ngày)

**Notarization (preferred)/(Chứng Thực) (tùy chọn ưu tiên)**

State of Washington / (Tiểu Bang Washington)  
County of / (Quận) \_\_\_\_\_

I certify that I know or have satisfactory evidence that \_\_\_\_\_, is the person who appeared before me, signed above, and acknowledged that the signing was done freely and voluntarily for the purposes mentioned in this instrument.

(Tôi chứng nhận rằng tôi biết hoặc có bằng chứng thỏa đáng rằng \_\_\_\_\_, là người xuất hiện trước mặt tôi, ký tên bên trên, và xác nhận rằng chữ ký này được thực hiện tự ý tự nguyện vì mục đích được đề cập trong văn kiện này.)

\_\_\_\_\_  
Date / (Ngày)

\_\_\_\_\_  
Signature of Notary / (Chữ Ký của Công Chứng Viên)  
NOTARY PUBLIC for the State of Washington.  
(CÔNG CHỨNG VIÊN của Tiểu Bang Washington.)  
My commission expires \_\_\_\_\_.  
(Nhiệm vụ của tôi chấm dứt vào \_\_\_\_\_.)

**Statement of Witnesses (alternative)  
(Lời Khai của Nhân Chứng (tùy chọn thay thế))**

On \_\_\_\_\_, the declarer of this document signed it in my presence. I believe the declarer is able to make health care decisions, to understand this document, and to have signed it voluntarily.

(Vào \_\_\_\_\_, người khai văn bản này ký văn bản trước sự có mặt của tôi. Tôi tin rằng người khai có thể đưa ra các quyết định về chăm sóc sức khỏe, hiểu văn bản này, và ký văn bản một cách tự nguyện.)

- I am not related by blood or marriage to the declarer.  
(Tôi không có quan hệ huyết thống hoặc hôn nhân với người khai.)
- I am not now entitled to receive any portion of the declarer's estate, either by will or by operation of law, or as a result of any claim against the declarer.  
(Tôi hiện không có quyền nhận bất kỳ phần nào của tài sản của người khai, dù theo di chúc hay theo pháp luật hiện hành, hoặc do bất kỳ yêu cầu bồi thường nào đối với người khai.)

My Name/(Tên của Tôi): \_\_\_\_\_ My Date of Birth/(Ngày Sinh của Tôi): \_\_\_\_\_

- I am not the declarer’s attending physician or an employee of that physician or of a health facility in which the declarer is a patient.  
(Tôi không phải bác sĩ điều trị của người khai hoặc nhân viên của bác sĩ hoặc của một cơ sở y tế trong đó người khai là bệnh nhân.)

**Witness 1  
(Nhân Chứng 1)**

**Witness 2  
(Nhân Chứng 2)**

\_\_\_\_\_  
Signature  
(Chữ Ký)

\_\_\_\_\_  
Signature  
(Chữ Ký)

\_\_\_\_\_  
Print Name  
(Tên Viết In Hoa)

\_\_\_\_\_  
Print Name  
(Tên Viết In Hoa)

\_\_\_\_\_  
Address  
(Địa Chỉ)

\_\_\_\_\_  
Address  
(Địa Chỉ)

My Name/(Tên của Tôi): \_\_\_\_\_ My Date of Birth/(Ngày Sinh của Tôi): \_\_\_\_\_



## Health Care Directive Contact Information (Thông Tin Liên Lạc Chỉ Thị Chăm Sóc Sức Khỏe)

My name – first, middle, last/ <i>Tên của tôi-họ, tên đệm, tên</i>	
My date of birth / <i>Ngày sinh của tôi</i>	My primary care medical provider / <i>Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe chính của tôi</i>
My phone number / <i>Số điện thoại của tôi</i>	My email address / <i>Địa chỉ email của tôi</i>
My mailing address / <i>Địa chỉ gửi thư của tôi</i>	

I have a Durable Power of Attorney form that lets someone else (my “agent”) make health care decisions for me if I am not able. / Tôi có mẫu đơn Giấy Ủy Quyền Dài Hạn cho phép ai đó (“đại diện” của tôi) đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe của tôi nếu tôi không thể.

My health care agent’s name / <i>Tên đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi</i>	
My agent’s relationship to me (e.g. friend, partner, spouse, sister, etc.) / <i>Mối quan hệ của đại diện với tôi (ví dụ: bạn bè, bạn tình, vợ/chồng, chị em gái, v.v.)</i>	
My agent’s phone number / <i>Số điện thoại đại diện của tôi</i>	My agent’s email address / <i>Địa chỉ email đại diện của tôi</i>

My Name/(Tên của Tôi): \_\_\_\_\_ My Date of Birth/(Ngày Sinh của Tôi): \_\_\_\_\_

My alternate health care agent's name / <i>ên đại diện chăm sóc sức khỏe thay thế của tôi</i>	
My alternate agent's relationship to me (e.g. friend, partner, spouse, sister, etc.) / <i>Mối quan hệ của đại diện thay thế với tôi (ví dụ: bạn bè, bạn tình, vợ/chồng, chị em gái, v.v.)</i>	
My alternate agent's phone number / <i>Số điện thoại đại diện thay thế của tôi</i>	My alternate agent's email address / <i>Địa chỉ email đại diện thay thế của tôi</i>

My Name/(Tên của Tôi): \_\_\_\_\_ My Date of Birth/(Ngày Sinh của Tôi): \_\_\_\_\_

## Bảng Chú Giải Thuật Ngữ

---

Dưới đây là một số thuật ngữ quý vị có thể thấy hữu ích khi đọc một chỉ thị chăm sóc sức khỏe:

- **Bác Sĩ Điều Trị:** bác sĩ được lựa chọn bởi hoặc được chỉ định cho quý vị và là người có trách nhiệm chính đối với việc điều trị và chăm sóc của quý vị.
- **Disinterested Witness:** a person who is not a health care provider in your home or long-term care facility or related to you by blood, marriage or state registered domestic partnership.

*(Nhân Chứng Không Vụ Lợi: một người không phải là nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà hoặc cơ sở chăm sóc dài hạn hoặc có liên quan đến quý vị về huyết thống, hôn nhân hoặc đối tác trong nước đã đăng ký với tiểu bang.)*

- **Biện pháp điều trị duy trì cuộc sống:** bất kỳ sự can thiệp y tế cơ học hoặc nhân tạo nào, khi áp dụng cho người được chẩn đoán mắc bệnh trạng giai đoạn cuối hoặc người trong tình trạng mất ý thức vĩnh viễn, sẽ chỉ kéo dài quá trình hấp hối. Biện pháp điều trị duy trì cuộc sống không bao gồm thuốc men hoặc can thiệp y tế cần thiết chỉ để giảm đau.
- **Tình trạng mất ý thức vĩnh viễn:** một tình trạng không chữa được và không thể đảo ngược tình thế; một tình trạng mà một người không có khả năng phục hồi hợp lý sau khi bị hôn mê không thể đảo ngược tình thế hoặc trạng thái thực vật dai dẳng theo phán đoán y khoa hợp lý.
- **Bác sĩ:** một người được cấp phép theo luật về bác sĩ và luật về nắn xương của Tiểu Bang Washington.
- **Thu hồi:** hủy bỏ.
- **Bệnh trạng giai đoạn cuối:** một tình trạng không chữa được và không thể đảo ngược tình thế do chấn thương, bệnh tật hoặc đau yếu mà sẽ gây tử vong trong một khoảng thời gian hợp lý theo các tiêu chuẩn y khoa được chấp nhận và khi việc áp dụng biện pháp duy trì cuộc sống chỉ làm kéo dài quá trình hấp hối.