

Giấy Ủy Quyền Chăm Sóc Sức Khỏe

Quý vị có quyền đưa ra chỉ dẫn về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình. Quý vị cũng có quyền chỉ định người khác thay mặt quý vị đưa ra quyết định về chăm sóc sức khỏe. Mẫu này cho phép quý vị thực hiện một trong hai hoặc cả hai điều trên. Nếu quý vị sử dụng mẫu này, quý vị có thể điền thông tin vào hoặc chỉnh sửa toàn bộ hoặc một phần của mẫu. Quý vị có quyền sử dụng mẫu khác.

Đây là mẫu giấy ủy quyền về dịch vụ chăm sóc sức khỏe, cho phép quý vị chỉ định người khác làm đại diện thay mặt quý vị đưa ra quyết định về chăm sóc sức khỏe nếu quý vị không thể tự đưa ra quyết định hoặc quý vị muốn người khác quyết định thay cho mình ngay mặc dù quý vị vẫn có khả năng đưa ra quyết định. Quý vị cũng có thể chỉ định một đại diện thay thế nếu người đầu tiên quý vị lựa chọn không muốn, không thể hoặc không sẵn sàng đưa ra quyết định thay mặt quý vị. Trừ khi có mối quan hệ họ hàng với quý vị, đại diện của quý vị không được là chủ sở hữu, nhà điều hành hoặc nhân viên của một trung tâm chăm sóc sức khỏe dài hạn mà quý vị nhận dịch vụ chăm sóc.

Đại diện có thể thay mặt quý vị đưa ra tất cả các quyết định về chăm sóc sức khỏe trừ khi quý vị đặt ra giới hạn thẩm quyền đối với đại diện đó. Trong mẫu này có một phần để quý vị ghi nội dung giới hạn thẩm quyền của đại diện. Quý vị không cần giới hạn thẩm quyền của đại diện nếu quý vị muốn đại diện thay mặt mình đưa ra tất cả các quyết định về chăm sóc sức khỏe. Nếu quý vị chọn không giới hạn thẩm quyền của đại diện, đại diện của quý vị sẽ có quyền:

1. Đồng ý hoặc không đồng ý bất kỳ dịch vụ chăm sóc, điều trị, dịch vụ hoặc thủ thuật nào nhằm duy trì, chẩn đoán hoặc tác động đến tình trạng thể chất hoặc tinh thần;
2. Lựa chọn hoặc loại bỏ các nhà cung cấp và cơ sở chăm sóc sức khỏe; và
3. Ký giấy chấp thuận không hồi sức.

Mẫu này không cho phép đại diện đưa ra bất kỳ quyết định nào về việc từ chối hoặc rút lại phương pháp điều trị, dinh dưỡng hoặc bù nước để duy trì sự sống. Những vấn đề này chỉ được cho phép theo Đạo Luật Chỉ Thị Trước của Oklahoma (Oklahoma Advance Directive Act), trừ trường hợp mẫu này có thể cho phép đại diện ký giấy chấp thuận không hồi sức.

Sau khi hoàn thành mẫu này, hãy ký tên và ghi ngày tháng ở phần cuối. Cần có hai người khác ký tên làm nhân chứng. Các nhân chứng này phải từ 18 tuổi trở lên và không có quan hệ họ hàng với quý vị cũng như không được chỉ định là người thừa kế của quý vị. Cung cấp một bản sao của mẫu giấy ủy quyền đã ký tên và điền đầy đủ thông tin cho bác sĩ của quý vị, cho bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào khác của quý vị, bất kỳ cơ sở chăm sóc sức khỏe nào quý vị đang nhận dịch vụ chăm sóc và bất kỳ đại diện chăm sóc sức khỏe nào quý vị đã chỉ định. Quý vị nên trao đổi với người quý vị chỉ định làm đại diện để đảm bảo người đó hiểu rõ các mong muốn của quý vị và sẵn sàng nhận trách nhiệm này. Quý vị có quyền thu hồi giấy ủy quyền chăm sóc sức khỏe này hoặc thay thế mẫu này bất cứ lúc nào.

GIẤY ỦY QUYỀN CHĂM SÓC SỨC KHỎE

1. **CHỈ ĐỊNH ĐẠI DIỆN:** Tôi chỉ định người dưới đây làm đại diện để thay mặt tôi đưa ra các quyết định về chăm sóc sức khỏe:

Tên của người quý vị chọn làm đại diện

Địa chỉ

Thành phố

Tiểu bang

Mã Zip

SĐT nhà riêng

SĐT cơ quan

TÙY CHỌN: Nếu tôi thu hồi thẩm quyền của đại diện của tôi hoặc nếu đại diện của tôi không muốn, không thể hoặc không sẵn sàng thay mặt tôi đưa ra quyết định về chăm sóc sức khỏe, tôi sẽ chỉ định người sau đây làm đại diện thay thế thứ nhất:

Tên của người quý vị chọn làm đại diện thay thế thứ nhất

Địa chỉ

Thành phố

Tiểu bang

Mã Zip

SĐT nhà riêng

SĐT cơ quan

TÙY CHỌN: Nếu tôi thu hồi thẩm quyền của đại diện và đại diện thay thế thứ nhất của tôi hoặc nếu đại diện và đại diện thay thế thứ nhất của tôi không muốn, không thể hoặc không sẵn sàng thay mặt tôi đưa ra quyết định về chăm sóc sức khỏe, tôi sẽ chỉ định người sau đây làm đại diện thay thế thứ hai:

Tên của người quý vị chọn làm đại diện thay thế thứ hai

Địa chỉ

Thành phố

Tiểu bang

Mã Zip

Patient Label

Patient Name:
MRN:
DOB:



SĐT nhà riêng

SĐT cơ quan

2. **THẨM QUYỀN CỦA ĐẠI DIỆN:** Đại diện của tôi được ủy quyền để thay mặt tôi đưa ra tất cả các quyết định về chăm sóc sức khỏe (không bao gồm từ chối hoặc rút lại phương pháp điều trị, dinh dưỡng hoặc bù nước để duy trì sự sống, ngoại trừ việc ký giấy chấp thuận không hồi sức) mà tôi có thể đưa ra nếu tôi có thể, trừ trường hợp được nêu dưới đây:

Thêm các từ khác nếu cần thiết

3. **THỜI ĐIỂM THẨM QUYỀN CỦA ĐẠI DIỆN CÓ HIỆU LỰC:** Thẩm quyền của đại diện của tôi có hiệu lực khi bác sĩ điều trị cho tôi xác định rằng tôi không thể tự đưa ra quyết định về chăm sóc sức khỏe trừ khi tôi đánh dấu vào ô sau. Nếu tôi đánh dấu vào ô này [], thẩm quyền thay mặt tôi đưa ra quyết định về chăm sóc sức khỏe của đại diện của tôi sẽ có hiệu lực ngay lập tức.

(Tên viết tắt)

4. **NGHĨA VỤ CỦA ĐẠI DIỆN:** Đại diện của tôi sẽ thay mặt tôi đưa ra các quyết định về chăm sóc sức khỏe theo giấy ủy quyền chăm sóc sức khỏe này và các mong muốn khác của tôi mà đại diện được biết. Khi không biết rõ các mong muốn của tôi, đại diện của tôi sẽ thay mặt tôi đưa ra các quyết định về chăm sóc sức khỏe mà đại diện cho là vì lợi ích tốt nhất của tôi. Để xác định lợi ích tốt nhất của tôi, đại diện sẽ xem xét các quyết định mà lẽ ra tôi sẽ tự đưa ra trong phạm vi đại diện của tôi được biết.

(Tên viết tắt)

5. **GIẢM ĐAU:** Trừ khi tôi nêu rõ dưới đây, nếu không, tôi chỉ thị rằng phải luôn cung cấp dịch vụ điều trị để giảm bớt đau đớn hoặc khó chịu, ngay cả khi điều đó khiến tôi tử vong nhanh hơn:

6. **CÁC MONG MUỐN KHÁC:** (Nếu quý vị không đồng ý với bất kỳ tùy chọn nào ở trên và muốn ghi lại mong muốn của riêng mình, hoặc nếu quý vị muốn thêm các chỉ dẫn khác so với những chỉ dẫn đưa ra ở trên, quý vị có thể ghi tại đây.) Tôi chỉ thị rằng:

Thêm các từ khác nếu cần thiết

7. **HIỆU LỰC CỦA BẢN SAO:** Bản sao của mẫu này có cùng hiệu lực như bản chính.

8. **CHỮ KÝ:** Ký và ghi ngày vào mẫu giấy ủy quyền tại đây:

Ký tên

Ngày

Giờ

Tên viết in hoa

Địa chỉ

Thành phố

Tiểu bang

Mã Zip

CHỮ KÝ CỦA NHÂN CHỨNG:

Nhân chứng thứ nhất

Nhân chứng thứ hai

Tên viết in hoa

Tên viết in hoa

Địa chỉ

Thành phố

Tiểu Bang

Mã Zip

Địa chỉ

Thành phố

Tiểu bang

Mã Zip

Chữ ký của nhân chứng

Chữ ký của nhân chứng

Ngày

Giờ

Ngày

Giờ

Patient Label
Patient Name:
MRN:
DOB:

