

UMASS MEMORIAL HEALTH
MASSACHUSETTS
GIẤY ỦY QUYỀN ĐẠI DIỆN QUYẾT
ĐỊNH SỨC KHỎE

- HealthAlliance-Clinton Hospital
 Marlborough Hospital
 UMass Memorial Health - Harrington Hospital
 UMass Memorial Medical Center
 UMass Memorial Medical Group | Location: _____

NAME:

BIRTHDATE/AGE:

SEX:

MEDICAL RECORD NUMBER:

HAR / CSN ACCOUNT NUMBER:

PRINT CLEARLY IN INK OR APPLY PATIENT LABEL

1

Tôi, _____, viết in hoa tên quý vị ở đây
(viết in hoa tên quý vị ở đây)

(số nhà và tên đường)

(thành phố/thị trấn)

(tiểu bang)

chỉ định Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe của tôi là:

(tên của người được chọn làm Đại Diện)

(quan hệ với bệnh nhân)

ở

(số nhà và tên đường)

(thành phố/thị trấn)

(tiểu bang)

(điện thoại)

(Không bắt buộc: Nếu Đại Diện của tôi không sẵn lòng hoặc không thể nhận trách nhiệm, thì tôi chỉ định **Đại Diện Thay Thế** của tôi là:

(tên)

(quan hệ với bệnh nhân)

, ở

(số nhà và tên đường)

(thành phố/thị trấn)

(tiểu bang)

(điện thoại)

Đại diện của tôi sẽ có quyền đưa ra các quyết định về chăm sóc sức khỏe cho tôi, bao gồm các quyết định điều trị duy trì sự sống, có thể thay đổi nếu bất kỳ hạn chế nào được viết dưới đây, nếu tôi không thể tự mình đưa ra các quyết định về chăm sóc sức khỏe cho bản thân tôi. Quyền hạn của Đại Diện của tôi sẽ có hiệu lực nếu bác sĩ chăm sóc của tôi xác định bằng văn bản rằng tôi mất khả năng đưa ra hoặc truyền đạt các quyết định về chăm sóc sức khỏe. Đại diện của tôi cũng có quyền đưa ra các quyết định về chăm sóc sức khỏe giống như các quyền mà tôi có nếu tôi có khả năng đưa ra quyết định **NGOẠI TRỪ** (dưới đây liệt kê các giới hạn, nếu có, mà quý vị muốn đưa ra trong quyền hạn của Đại Diện của quý vị):

Tôi hướng dẫn Đại Diện của tôi đưa ra các quyết định về chăm sóc sức khỏe dựa trên đánh giá của họ về các mong muốn cá nhân của tôi. Nếu không biết các mong muốn cá nhân của tôi, Đại Diện của tôi sẽ đưa ra các quyết định về chăm sóc sức khỏe dựa trên đánh giá của họ về những gì là tốt nhất cho tôi. Các bản sao của mẫu chỉ định Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe này sẽ có cùng hiệu lực giống như bản gốc.

Lưu ý: Quý vị không nên chọn người làm đại diện chăm sóc sức khỏe cho mình là một nhân viên hoặc một thành viên của cơ sở y tế mà hiện tại quý vị đang là bệnh nhân hoặc dự kiến sẽ là bệnh nhân tại đó, trừ khi quý vị có quan hệ về huyết thống, quan hệ hôn nhân, hay quan hệ qua việc nhận con nuôi với người đó.

Đã ký: _____ Ngày: _____

Chỉ hoàn thành phần này nếu Người Ủy Nhiệm mất khả năng về thể chất để ký: Tôi đã ký tên của Người Ủy Nhiệm ở trên theo chỉ đạo của người đó trước mặt Người Ủy Nhiệm và hai nhân chứng.

(tên)

(số nhà và tên đường)

(thành phố/thị trấn)

(tiểu bang)

TUYÊN BỐ CỦA NHÂN CHỨNG: Chúng tôi, những người ký tên dưới đây, đều đã chứng kiến việc ký Mẫu Chỉ Định Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe bởi Người Ủy Nhiệm hoặc theo chỉ đạo của Người Ủy Nhiệm và tuyên bố rằng Người Ủy Nhiệm trông có vẻ ít nhất 18 tuổi, tinh thần minh mẫn và không bị kiềm giữ hay chịu một sự ảnh hưởng sai trái nào. Cả hai chúng tôi đều không được ủy nhiệm làm Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe hoặc Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe Thay Thế trong văn bản này.

Nhân chứng #1: _____ (chữ ký) Nhân chứng #2: _____ (chữ ký)

Tên (viết in hoa): _____ Tên (viết in hoa): _____

Địa chỉ: _____ Địa chỉ: _____

