Advance Directive

Durable Power of Attorney for Healthcare
(Patient Advocate Designation)

Chỉ Dẫn Trước

Giấy Ủy Quyền Lâu Dài về Chăm Sóc Sức Khỏe
(Chỉ Định Người Bảo Vệ Quyền Lợi Bệnh Nhân)

Introduction
Giới thiệu

This document provides a way for you to create a Durable Power of Attorney for Healthcare (Patient Advocate Designation) and other documentation that will meet the basic requirements for this state. This Advance Directive (AD) allows you to appoint a person (and alternates) who shall take reasonable steps to follow the desires and instructions indicated within this document, or in other written or spoken treatment preferences.
Tài liệu này cung cấp một cách để quý vị lập Giấy Ủy Quyền Lâu Dài về Chăm Sóc Sức Khỏe (Chỉ Định Người Bảo Vệ Quyền Lợi Bệnh Nhân) và các tài liệu khác sẽ đáp ứng các yêu cầu cơ bản của tiểu bang này. Chỉ Dẫn Trước (AD) này cho phép quý vị chỉ định một người (và những người thay thế) thực hiện các bước hợp lý để tuân theo các mong muốn và hướng dẫn được chỉ ra trong tài liệu này, hoặc trong các lựa chọn điều trị bằng văn bản hoặc bằng lời nói khác.
The person you appoint is called your **Patient Advocate**. This document gives your consent to allow your Patient Advocate to make decisions *only when two physicians, or a physician and a licensed psychologist, have determined you are unable to make your own decisions*. Every resident age 18 and over should appoint a Patient Advocate, as accidents can happen to anyone, at any time.
Người mà quý vị chỉ định được gọi là **Người Bảo Vệ Quyền Lợi Bệnh Nhân *(Patient Advocate).*** Tài liệu này là để quý vị đồng ý cho phép Người Bảo Vệ Quyền Lợi Bệnh Nhân của mình đưa ra quyết định *chỉ sau khi hai bác sĩ, hoặc một bác sĩ và một nhà tâm lý học được cấp phép đã xác định rằng quý vị không thể tự đưa ra các quyết định cho bản thân*. Mọi cư dân từ 18 tuổi trở lên nên chỉ định một Người Bảo Vệ Quyền Lợi Bệnh Nhân, vì tai nạn có thể xảy đến với bất kỳ ai, vào bất kỳ lúc nào.

Note: This Advance Directive does *not* give your Patient Advocate permission to make your *financial* or other *business* decisions.
Lưu ý: Bản Chỉ Dẫn Trước này *không* cho phép Người Bảo Vệ Quyền Lợi Bệnh Nhân của quý vị ra các quyết định về *tài chính* hoặc các công việc *kinh doanh* khác của quý vị.

Before completing this document, take time to read it carefully. **It also is very important that you discuss your views, your values, and this document with your Patient Advocate(s).**
Trước khi hoàn thành mẫu văn bản này, hãy dành thời gian đọc kỹ. **Điều rất quan trọng là quý vị phải thảo luận về quan điểm, các giá trị của mình và tài liệu này với (những) Người Bảo Vệ Quyền Lợi Bệnh Nhân của quý vị.**

"©2019 Michigan Health Information Network Shared Services; this work is openly licensed via CC BY 4.0 (Creative Commons License Attribution 4.0 International; see CC BY 4.0 Deed | Attribution 4.0 International | Creative Commons)."

If you do not closely involve your Patient Advocate(s), and you do not make a clear plan together, your views and values may not be fully followed because they will not be understood.
Nếu quý vị không phối hợp chặt chẽ với (những) Người Bảo Vệ Quyền Lợi Bệnh Nhân của mình và không cùng nhau lập kế hoạch rõ ràng, quan điểm và các giá trị của quý vị có thể không được tuân thủ đầy đủ vì không được hiểu rõ.

This document was developed to meet the legal requirements of Michigan. It is not designed to replace the counsel of your attorney.
Tài liệu này được lập để đáp ứng các yêu cầu pháp lý tại Michigan. Nó không được thiết kế để thay thế ý kiến cố vấn của luật sư của quý vị.

This is an Advance Directive for *(print legibly)***:**
Đây là Chỉ Dẫn Trước cho *(chữ in hoa dễ đọc)***:**

Name (Tên): _____ Date of Birth (Ngày sinh): _____

Last 4 digits of SSN (4 chữ số cuối của Mã Số An Sinh Xã Hội): _____

Telephone: Primary (Cell ☐) [Điện thoại: Chính (Điện thoại di động ☐)] _____

Secondary (Cell ☐) [Phụ (Điện thoại di động ☐)] _____

Address (Địa chỉ): _____

City/State/Zip (Thành Phố/Tiểu Bang/Mã Zip): _____

Where I would like to receive hospital care (whenever possible)
[Nơi tôi muốn được chăm sóc tại bệnh viện (bất cứ khi nào có thể)]: _____

©2019 Michigan Health Information Network Shared Services; this work is openly licensed via CC BY 4.0 (Creative Commons License Attribution 4.0 International; see CC BY 4.0 Deed | Attribution 4.0 International | Creative Commons).

Advance Directive
My Patient Advocate
Chỉ Dẫn Trước
Người Bảo Vệ Quyền Lợi Bệnh Nhân của tôi

When either two physicians or a physician and licensed psychologist determine I am unable to make health care decisions,-this document names the person(s) I have chosen to be my Patient Advocate(s). They shall take reasonable steps to carry out my treatment preferences. I understand that it is important to regularly talk with my Patient Advocate(s) about my health and treatment preferences. I hereby give my Patient Advocate(s) permission to share a copy of this document with other doctors, hospitals and health care providers that provide my medical care.
Khi hai bác sĩ hoặc một bác sĩ và nhà tâm lý học được cấp phép xác định rằng tôi không thể đưa ra các quyết định chăm sóc sức khỏe, tài liệu này nêu tên (những) người mà tôi đã chọn là (những) Người Bảo Vệ Quyền Lợi Bệnh Nhân của mình. Họ sẽ có các bước hợp lý để thực hiện các ưu tiên điều trị của tôi. Tôi hiểu rằng điều quan trọng là phải thường xuyên trao đổi với (những) Người Bảo Vệ Quyền Lợi Bệnh Nhân về sức khỏe và ưu tiên điều trị của tôi. Theo đây, tôi cho phép (những) Người Bảo Vệ Quyền Lợi Bệnh Nhân của tôi chia sẻ bản sao của tài liệu này với các bác sĩ, bệnh viện và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế cho tôi.

☐ Based on my expressed religious beliefs, I would prohibit having an examination for determination to participate in medical decision-making by a doctor, licensed psychologist or another medical professional. Instead, I request the determination for incapacity be made in the following manner:

Căn cứ niềm tin tôn giáo đã được thể hiện của tôi, tôi sẽ cấm việc kiểm tra để xác định sự tham gia vào việc ra quyết định y tế bởi một bác sĩ, nhà tâm lý học được cấp phép hoặc chuyên gia y tế khác. Thay vào đó, tôi yêu cầu xác định tình trạng mất năng lực theo cách sau:

_____

_____

_____

☐ If I leave this section blank, I am leaving the evaluation decision to my Patient Advocate(s)
Nếu tôi để trống phần này, tôi sẽ để lại quyết định đánh giá cho (những) Người Bảo Vệ Quyền Lợi Bệnh Nhân của tôi

(NOTE: If your wishes change**, you may revoke your Patient Advocate Designation at any time and in any manner sufficient to communicate an intent to revoke. **It is recommended that you complete a new Advance Directive and give it to everyone who has a previous copy).
(GHI CHÚ: Nếu các mong muốn của quý vị thay đổi**, quý vị có thể thu hồi Chỉ Định Người Bảo Vệ Quyền Lợi Bệnh Nhân của mình bất kỳ lúc nào và theo bất kỳ cách nào đủ để thông báo ý định thu hồi. **Quý vị nên hoàn thành Chỉ Dẫn Trước mới và đưa nó cho những người đã có bản sao trước đó).

The person I choose as my Patient Advocate is
Người mà tôi chọn làm Người Bảo Vệ Quyền Lợi Bệnh Nhân của mình là

Name (Tên): _____ Relationship (Mối quan hệ): _____

Telephone: Primary (Cell☐) [Điện thoại: Chính (Điện thoại di động☐)] _____

Secondary (Cell☐) [Phụ (Điện thoại di động☐)] _____

Address (Địa chỉ): _____

City/State/Zip Code (Thành Phố/Tiểu Bang/Mã Zip): _____

©2019 Michigan Health Information Network Shared Services; this work is openly licensed via CC BY 4.0 (Creative Commons License Attribution 4.0 International; see CC BY 4.0 Deed | Attribution 4.0 International | Creative Commons)"

First Alternate (Successor) Patient Advocate (strongly advised)

If Patient Advocate above is not capable or willing to make these choices for me, then I designate the following person to serve as my Patient Advocate.

Người Bảo Vệ Quyền Lợi Bệnh Nhân Thay Thế (Người Thay Thế) Thứ Nhất (khuyên quý vị rất nên làm)

Nếu Người Bảo Vệ Quyền Lợi Bệnh Nhân nói trên không có khả năng hoặc không sẵn sàng đưa ra những lựa chọn này cho tôi, thì tôi chỉ định người sau đây làm Người Bảo Vệ Quyền Lợi Bệnh Nhân của mình.

Name (Tên): _____ Relationship (Mối quan hệ): _____

Telephone: Primary (Cell ☐) [Điện thoại: Chính (Điện thoại di động ☐)] _____

Secondary (Cell ☐) [Phụ (Điện thoại di động ☐)] _____

Address (Địa chỉ): _____

City/State/Zip Code (Thành Phố/Tiểu Bang/Mã Zip): _____

Second Alternate (Successor) Patient Advocate (strongly advised)

If the Patient Advocates named above are not capable or willing to make these choices for me, then I designate the following person to serve as my Patient Advocate.

Người Bảo Vệ Quyền Lợi Bệnh Nhân Thay Thế (Người Thay Thế) Thứ Hai (khuyên quý vị rất nên làm)

Nếu những Người Bảo Vệ Quyền Lợi Bệnh Nhân được nêu tên ở trên không có khả năng hoặc không sẵn sàng đưa ra những lựa chọn này cho tôi, thì tôi chỉ định người sau đây làm Người Bảo Vệ Quyền Lợi Bệnh Nhân của mình.

Name (Tên): _____ Relationship (Mối quan hệ): _____

Telephone: Primary (Cell ☐) [Điện thoại: Chính (Điện thoại di động ☐)] _____

Secondary (Cell ☐) [Phụ (Điện thoại di động ☐)] _____

Address (Địa chỉ): _____

City/State/Zip Code (Thành Phố/Tiểu Bang/Mã Zip): _____

*©2019 Michigan Health Information Network Shared Services; this work is openly licensed via CC BY 4.0 (Creative Commons License Attribution 4.0 International; see CC BY 4.0 Deed | Attribution 4.0 International | Creative Commons).

Advance Directive
Signature Page
Chỉ Dẫn Trước
Trang Chữ Ký

I give my Patient Advocate express permission to **make decisions to withhold or withdraw treatment which would allow me to die**, and I acknowledge **such decisions could or would allow my death.**
Tôi cho phép Người Bảo Vệ Quyền Lợi Bệnh Nhân của mình **đưa ra các quyết định giữ lại hoặc rút lại việc điều trị có thể cho phép tôi chết,** và tôi thừa nhận **các quyết định như vậy có thể hoặc sẽ cho phép tôi chết.**

I have instructed my Patient Advocate(s) concerning my wishes and goals in the use of life- sustaining treatment, such as, but not limited to: ventilator (breathing machine), cardiopulmonary resuscitation (CPR), nutritional tube feedings, intravenous (IV) hydration, kidney dialysis, blood pressure or antibiotic medications—and hereby give my Patient Advocate(s) express permission to help me achieve my goals of care. This may include beginning, not starting, or stopping treatment(s). I understand that such decisions could or would allow my death.
Tôi đã hướng dẫn (những) Người Bảo Vệ Quyền Lợi Bệnh Nhân của mình về các mong muốn và mục tiêu của tôi trong việc sử dụng phương pháp điều trị duy trì sự sống, ví dụ nhưng không giới hạn ở: máy thông khí (máy thở), hồi sức tim phổi (CPR), ống cấp dinh dưỡng, truyền qua đường tĩnh mạch (IV), lọc thận, thuốc huyết áp hoặc thuốc kháng sinh, và bằng văn bản này cho phép (những) Người Bảo Vệ Quyền Lợi Bệnh Nhân của tôi giúp tôi đạt được mục tiêu chăm sóc của mình. Việc này có thể bao gồm sự bắt đầu, không bắt đầu hoặc ngừng điều trị. Tôi hiểu rằng các quyết định như vậy có thể cho phép tôi chết.

Medications and treatment intended to provide comfort or pain relief shall not be withheld or withdrawn.
Thuốc và phương pháp điều trị nhằm tạo ra sự dễ chịu hoặc giảm đau sẽ không được giữ lại hoặc thu hồi.

_____ I ***agree*** with this statement

_____ I ***do not agree*** with this statement

_____ Tôi ***đồng ý*** với nhận định này

_____ Tôi ***không đồng ý*** với nhận định này

This Advance Directive includes the following sections: Spiritual/Religious Preferences; End of Life Care; Anatomical Gift(s) - Organ/Tissue/Body Donation; Autopsy Preference; Mental Health Treatment, & Treatment Preferences (Goals of Care).
Chỉ Dẫn Trước này bao gồm các phần sau: Các Ưu Tiên Về Tinh Thần/Tôn Giáo; Chăm Sóc Cuối Đời; Hiến Cơ Thể - Hiến Tạng/Mô/Cơ Thể; Ưu Tiên Khám Nghiệm Tử Thi; Điều Trị Sức Khỏe Tâm Thần, và Ưu Tiên Điều Trị (Mục Tiêu Chăm Sóc).

Signature of the Individual in the Presence of the Following Witnesses

I am providing these instructions of my own free will. I have not been required to give them in order to receive care or have care withheld or withdrawn. I am at least eighteen (18) years old and of sound mind.

Chữ Ký Của Cá Nhân Với Sự Hiện Diện Của Các Nhân Chứng Sau

Tôi cung cấp các hướng dẫn này theo ý muốn của bản thân tôi. Tôi không bị buộc phải cung cấp hướng dẫn để được chăm sóc hoặc được giữ lại hoặc thu hồi dịch vụ chăm sóc. Tôi đã đủ 18 (mười tám) tuổi và minh mẫn.

Signature (Chữ ký): _____ Date (Ngày): _____

Address (Địa chỉ): _____

City/State/Zip Code (Thành Phố/Tiểu Bang/Mã Zip): _____

©2019 Michigan Health Information Network Shared Services; this work is openly licensed via CC BY 4.0 (Creative Commons License Attribution 4.0 International; see CC BY 4.0 Deed | Attribution 4.0 International | Creative Commons)

Signatures of Witnesses
Chữ Ký của Nhân Chứng

I know this person to be the individual identified as the “Individual” signing this form. I believe him or her to be of sound mind and at least eighteen (18) years of age. I personally saw him or her sign this form, and I believe that he or she did so voluntarily and without duress, fraud, or undue influence. By signing this document as a witness, I certify that I am:

Tôi biết người này là người được xác định là "Cá Nhân" ký vào văn bản này. Tôi tin rằng người này có đầu óc sáng suốt và đã đủ 18 (mười tám) tuổi. Cá nhân tôi đã chứng kiến người này ký vào văn bản này và tôi tin rằng người này đã làm như vậy một cách tự nguyện và không bị ép buộc, gian lận hoặc tác động quá mức. Bằng cách ký vào tài liệu này với tư cách là nhân chứng, tôi xác nhận rằng mình:

- At least 18 years of age.
  Đã đủ 18 tuổi.
- Not the Patient Advocate or alternate Patient Advocate appointed by the person signing this document.
  Không phải là Người Bảo Vệ Quyền Lợi Bệnh Nhân hoặc Người Bảo Vệ Quyền Lợi Bệnh Nhân thay thế được chỉ định bởi người ký văn bản này.
- Not the patient’s spouse, parent, child, grandchild, sibling or presumptive heir.
  Không phải là vợ/chồng, cha mẹ, con, cháu, anh chị em ruột hoặc người thừa kế được cho là của bệnh nhân.
- Not listed to be a beneficiary of, or entitled to, any gift from the patient’s estate.
  Không được liệt kê là người thụ hưởng hoặc được hưởng bất kỳ món quà nào từ di sản của bệnh nhân.
- Not directly financially responsible for the patient’s health care.
  Không chịu trách nhiệm tài chính trực tiếp cho việc chăm sóc sức khỏe của bệnh nhân.
- Not a health care provider directly serving the patient at this time.
  Không phải là nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trực tiếp phục vụ bệnh nhân tại thời điểm này.
- Not an employee of a health care or insurance provider directly serving the patient at this time.
  Không phải là nhân viên của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc bảo hiểm trực tiếp phục vụ bệnh nhân tại thời điểm này.

Witness Number 1: ☐ I meet the witness requirements stated above

Nhân Chứng Số 1: ☐ Tôi đáp ứng các yêu cầu về nhân chứng đã nêu ở trên

Signature (Chữ ký): _____ Date (Ngày): _____

Print Name (Tên viết bằng chữ in hoa): _____

Address (Địa chỉ): _____

City/State/Zip Code (Thành Phố/Tiểu Bang/Mã Zip): _____

Witness Number 2: ☐ I meet the witness requirements stated above

Nhân Chứng Số 2: ☐ Tôi đáp ứng các yêu cầu về nhân chứng đã nêu ở trên

Signature (Chữ ký): _____ Date (Ngày): _____

Print Name (Tên viết bằng chữ in hoa): _____

Address (Địa chỉ): _____

City/State/Zip Code (Thành Phố/Tiểu Bang/Mã Zip): _____

©2019 Michigan Health Information Network Shared Services; this work is openly licensed via CC BY 4.0 (Creative Commons License Attribution 4.0 International; see CC BY 4.0 Deed | Attribution 4.0 International | Creative Commons)

Accepting the Role of Patient Advocate
Chấp Nhận Vai Trò Người Bảo Vệ Quyền Lợi Bệnh Nhân

Acceptance
Chấp Thuận

The person named above has asked you to serve as his or her Patient Advocate (or as an alternate Patient Advocate). Before agreeing to accept the Patient Advocate responsibility and signing this form, please:
Người có tên ở trên đã yêu cầu quý vị phục vụ với vai trò là Người Bảo Vệ Quyền Lợi Bệnh Nhân (hoặc Người Bảo Vệ Quyền Lợi Bệnh Nhân thay thế) của họ. Trước khi đồng ý nhận trách nhiệm làm Người Bảo Vệ Quyền Lợi Bệnh Nhân và ký vào văn bản này, vui lòng:

1. *Carefully read the **Introduction (1A)**, "The Advance Care Planning Process" (separate document), and this completed **Patient Advocate Designation Form**, (including any optional **Preferences** listed on pages 6A-9A). Also, take note of any **Treatment Preferences** ([Goals of Care], pages 1B-2B) and/or Statement of Treatment Preferences that may be attached. These documents will provide important information that you will use in discussing the person's preferences and in potentially acting as this person's Patient Advocate.*
   *Đọc kỹ phần **Giới thiệu (1A)**, "Quy Trình Lập Kế Hoạch Chăm Sóc Trước" (tài liệu riêng), và **Mẫu Văn Bản Chỉ Định Người Bảo Vệ Quyền Lợi Bệnh Nhân** đã điền đầy đủ này, (bao gồm bất kỳ Ưu Tiên tùy chọn nào được liệt kê ở các trang 6A-9A). Ngoài ra cần lưu ý đến tất cả các **Ưu Tiên Điều Trị** ([Mục Tiêu Chăm Sóc], các trang 1B-2B) và/hoặc Tuyên Bố về Các Ưu Tiên Điều Trị có thể được đính kèm. Các tài liệu này sẽ cung cấp thông tin quan trọng mà quý vị sẽ sử dụng để thảo luận về các ưu tiên của người bệnh và trong việc có khả năng hoạt động với vai trò là Người Bảo Vệ Quyền Lợi Bệnh Nhân của người này.*

2. *Discuss, in detail, the person's values and wishes, so that you can gain the knowledge you need to allow you to make the medical treatment decisions he or she would make, if able.*
   Thảo luận chi tiết về các giá trị và mong muốn của bệnh nhân để quý vị có được kiến thức cần thiết, cho phép quý vị đưa ra quyết định điều trị y tế mà nếu còn khỏe mạnh thì họ sẽ đưa ra.

3. *If you are at least 18 years of age and are willing to accept the role of Patient Advocate, read, sign and date the following statement.*
   Nếu quý vị đủ 18 tuổi trở lên và sẵn sàng chấp nhận vai trò Người Bảo Vệ Quyền Lợi Bệnh Nhân, hãy đọc, ký tên và ghi ngày vào tuyên bố dưới đây.

I accept the person's selection of me as Patient Advocate. I understand and agree to take reasonable steps to follow the desires and instructions of the person as indicated within this "Advance Directive: My Patient Advocate" document or in other written or spoken instructions from the person. I also understand and agree that, according to Michigan law:
Tôi chấp nhận việc người đó chọn tôi làm Người Bảo Vệ Quyền Lợi Bệnh Nhân (Patient Advocate). Tôi hiểu và đồng ý thực hiện các bước hợp lý để tuân theo mong muốn và hướng dẫn của người đó như được chỉ ra trong tài liệu "Chỉ Dẫn Trước: Người Bảo Vệ Quyền Lợi Bệnh Nhân của tôi" hoặc trong các hướng dẫn bằng văn bản hoặc bằng lời khác từ người đó. Tôi cũng hiểu và đồng ý rằng, theo luật pháp Michigan:

a. This appointment shall not become effective unless the patient is unable to participate in medical or mental health treatment decisions, as applicable.
   Việc chỉ định này sẽ không có hiệu lực trừ khi bệnh nhân không thể tham gia vào các quyết định điều trị sức khỏe tâm thần hoặc y tế, nếu có.
b. I will not exercise powers concerning the patient's care, custody, medical or mental health treatment that the patient – if the patient were able to participate in the decision – could not have exercised on his or her own behalf.

©2019 Michigan Health Information Network Shared Services; this work is openly licensed via CC BY 4.0 (Creative Commons License Attribution 4.0 International; see CC BY 4.0 Deed | Attribution 4.0 International | Creative Commons)

Tôi sẽ không thực hiện các quyền hạn liên quan đến việc chăm sóc, giám hộ, điều trị y tế hoặc sức khỏe tâm thần của bệnh nhân mà bệnh nhân, nếu người đó có thể tham gia vào quyết định, không thể thực hiện cho bản thân mình.

c. I cannot make a medical treatment decision to withhold or withdraw treatment from a patient who is pregnant, if that would result in the patient's death, even if these were the patient's wishes.
Tôi không thể đưa ra quyết định điều trị y tế để từ chối hoặc rút lại việc điều trị từ một bệnh nhân đang mang thai, nếu điều đó dẫn đến cái chết của bệnh nhân, ngay cả khi đó là mong muốn của bệnh nhân.

d. I can make a decision to withhold or withdraw treatment which would allow the patient to die only if he or she has expressed clearly that I am permitted to make such a decision, and the patient understands that such a decision could or would allow his or her death.
Tôi có thể đưa ra quyết định từ chối hoặc rút lại việc điều trị cho phép bệnh nhân tử vong chi khi họ đã trình bày rõ ràng rằng tôi được phép đưa ra quyết định như vậy và bệnh nhân hiểu rằng quyết định đó có thể hoặc sẽ cho phép họ tử vong.

e. I may not receive payment for serving as Patient Advocate, but I can be reimbursed for actual and necessary expenses which I incur in fulfilling my responsibilities.
Tôi có thể không nhận được tiền thanh toán cho việc phục vụ với vai trò là Người Bảo Vệ Quyền Lợi Bệnh Nhân, nhưng tôi có thể được hoàn trả các chi phí thực tế và cần thiết mà tôi phải gánh chịu khi thực hiện trách nhiệm của mình.

f. I am required to act in accordance with the standards of care applicable to fiduciaries when acting for the patient and shall act consistent with the patient's best interests. The known desires of the patient expressed or evidenced while the patient is able to participate in medical or mental health treatment decisions are presumed to be in the patient's best interests.
Tôi phải hành động theo các tiêu chuẩn chăm sóc áp dụng cho người được ủy thác khi hành động thay mặt cho bệnh nhân và sẽ hành động phù hợp với lợi ích tốt nhất của bệnh nhân. Những mong muốn đã biết của bệnh nhân được thể hiện hoặc chứng minh trong khi bệnh nhân có thể tham gia vào các quyết định điều trị y tế hoặc sức khỏe tâm thần được coi là vì lợi ích tốt nhất của bệnh nhân.

g. The patient may revoke his or her appointment of me as Patient Advocate at any time and in any manner sufficient to communicate an intent to revoke.
Bệnh nhân có thể hủy bỏ việc chỉ định tôi làm Người Bảo Vệ Quyền Lợi Bệnh nhân vào bất kỳ lúc nào và theo bất kỳ cách nào đủ để thông báo ý định thu hồi.

h. The patient may waive the right to revoke a designation as to the power to exercise mental health treatment decisions, and if such waiver is made, the patient's ability to revoke as to certain treatment will be delayed for 30 days after the patient communicates his or her intent to revoke.
Bệnh nhân có thể từ bỏ quyền thu hồi chỉ định về quyền thực hiện các quyết định điều trị sức khỏe tâm thần, và nếu việc từ bỏ đó được thực hiện, khả năng từ bỏ đối với một số điều trị của bệnh nhân sẽ bị trì hoãn trong 30 ngày sau khi bệnh nhân thông báo về ý định thu hồi.

i. I may revoke my acceptance of my role as Patient Advocate at any time and in any manner sufficient to communicate an intent to revoke.
Tôi có thể hủy bỏ việc chấp nhận vai trò Người Bảo Vệ Quyền Lợi Bệnh nhân của mình bất kỳ lúc nào và theo bất kỳ cách nào đủ để thông báo ý định thu hồi.

j. A patient admitted to a health facility or agency has the rights enumerated in Section 20201 of the Michigan Public Health Code, (Exercise of Rights by Patient's Representative 1978 PA 368, MCL 333.20201).
Một bệnh nhân được nhận vào một cơ sở y tế hoặc cơ quan có các quyền được nêu tại Phần 20201 của Bộ Luật Y Tế Công Cộng Michigan (Michigan Public Health Code), [Thực hiện Quyền của Đại diện Bệnh nhân (Exercise of Rights by Patient's Representative) 1978 PA 368, MCL 333.20201].

©2019 Michigan Health Information Network Shared Services; this work is openly licensed via CC BY 4.0 (Creative Commons License Attribution 4.0 International; see CC BY 4.0 Deed | Attribution 4.0 International | Creative Commons)

Accepting the Role of Patient Advocate (continued)
Patient Advocate Signature and Contact Information
Chấp Nhận Vai Trò Người Bảo Vệ Quyền Lợi Bệnh nhân (tiếp)
Chữ ký và thông tin liên lạc của Người Bảo Vệ Quyền Lợi Bệnh nhân

I (Tôi), _____, am assigning the Patient Advocate(s) listed below [chỉ định (những) Người Bảo Vệ Quyền Lợi Bệnh nhân được liệt kê bên dưới]:

Print your name above and your Date of Birth here (Viết tên bằng chữ in hoa của quý vị như trên và Ngày Sinh của quý vị tại đây):

_____

My Patient Advocate(s) will serve in the order listed below:
(Những) Người Bảo Vệ Quyền Lợi Bệnh nhân của tôi sẽ phục vụ theo thứ tự được nêu dưới đây:

Patient Advocate
Người Bảo Vệ Quyền Lợi Bệnh Nhân

I (Tôi), _____ have agreed to be the Patient Advocate for the person named above (đã đồng ý làm Người Bảo Vệ Quyền Lợi Bệnh Nhân cho người có tên ở trên).
(PRINT) (CHỮ IN HOA)

Signature (Chữ ký): _____ Date (Ngày): _____

Address (Địa chỉ): _____

City/State/Zip (Thành Phố/Tiểu Bang/Mã Zip): _____

Telephone: Primary (Cell☐) [Điện thoại: Chính (Điện thoại di động ☐)] _____

Secondary (Cell☐) [Phụ (Điện thoại di động☐)] _____

First Alternate (Successor) Patient Advocate (Optional)
Người Bảo Vệ Quyền Lợi Bệnh Nhân Thay Thế (Người Thay Thế) Thứ Nhất (Tùy chọn)

I (Tôi), _____ have agreed to be the Patient Advocate for the person named above (đã đồng ý làm Người Bảo Vệ Quyền Lợi Bệnh Nhân cho người có tên ở trên).
(PRINT) (CHỮ IN HOA)

Signature (Chữ ký): _____ Date (Ngày): _____

Address (Địa chỉ): _____

City/State/Zip (Thành Phố/Tiểu Bang/Mã Zip): _____

Telephone: Primary (Cell☐) [Điện thoại: Chính (Điện thoại di động ☐)] _____

Secondary (Cell☐) [Phụ (Điện thoại di động☐)] _____

©2019 Michigan Health Information Network Shared Services; this work is openly licensed via CC BY 4.0 (Creative Commons License Attribution 4.0 International; see CC BY 4.0 Deed | Attribution 4.0 International | Creative Commons)

Second Alternate (Successor) Patient Advocate (Optional)
Người Bảo Vệ Quyền Lợi Bệnh Nhân Thay Thế (Người Thay Thế) Thứ Hai (Tùy chọn)

I (Tôi), _____ have agreed to be the Patient Advocate for the person named above (đã đồng ý làm Người Bảo Vệ Quyền Lợi Bệnh Nhân cho người có tên ở trên).
(PRINT) (CHỮ IN HOA)

Signature (Chữ ký): _____ Date (Ngày): _____

Address (Địa chỉ): _____

City/State/Zip (Thành Phố/Tiểu Bang/Mã Zip): _____

Telephone: Primary (Cell ☐) [Điện thoại: Chính (Điện thoại di động ☐)] _____

Secondary (Cell ☐) [Phụ (Điện thoại di động ☐)] _____

Making Changes
Thực Hiện Thay Đổi

If only the contact information for your advocate(s) changes, it may be revised on the original and on the photocopies without replacing the entire form.
Nếu chỉ thay đổi thông tin liên lạc của (những) người bảo vệ quyền lợi cho quý vị, thông tin có thể được sửa đổi trên bản gốc và bản sao mà không cần thay thế toàn bộ văn bản.

Photocopies of this form are acceptable as originals.
Bản sao của văn bản này được chấp nhận như bản gốc.

©2019 Michigan Health Information Network Shared Services; this work is openly licensed via CC BY 4.0 (Creative Commons License Attribution 4.0 International; see CC BY 4.0 Deed | Attribution 4.0 International | Creative Commons)

Preferences for Spiritual/Religious & End of Life Care
(This section is optional, but recommended)
Ưu Tiên Về Tinh Thần/Tôn Giáo và Chăm Sóc Cuối Đời
(Phần này là tùy chọn, nhưng được khuyến nghị)

Spiritual/Religious Preferences
Ưu Tiên Về Tinh Thần/Tôn Giáo

I am of the (Tôi theo đức tin) _____ faith/belief.

I am affiliated with the following faith/belief group/congregation (Tôi liên kết với tín ngưỡng/nhóm/hội thánh sau):

_____.

Please attempt to notify my personal clergy or spiritual support person(s) at [Vui lòng cố gắng thông báo cho giáo sĩ cá nhân hoặc (những) người hỗ trợ tinh thần của tôi tại]:

_____.

I want my health care providers to know these things about my religion or spirituality that may affect my physical, emotional or spiritual care: *(e.g., spiritual/religious rituals or sacraments, etc.)*
[Tôi muốn các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi biết những điều này về tôn giáo hoặc tâm linh của tôi, là những thứ có thể ảnh hưởng đến việc chăm sóc thể chất, tình cảm hoặc tâm linh của tôi: *(ví dụ, nghi lễ tâm linh / tôn giáo hoặc bí tích, v.v.)*]

_____

_____

_____

____ I choose not to complete this section.

____ Tôi chọn không hoàn thành phần này.

©2019 Michigan Health Information Network Shared Services; this work is openly licensed via CC BY 4.0 (Creative Commons License Attribution 4.0 International; see CC BY 4.0 Deed | Attribution 4.0 International | Creative Commons)

At the End of my Life...
Cuối Đời Tôi ...

If possible, at the end of life, I would prefer to be cared for: *(either check or rank order all that apply)*
Nếu có thể, vào cuối đời, tôi ưu tiên được chăm sóc: *(đánh dấu hoặc xếp hạng thứ tự tất cả những mục phù hợp)*

___ in my home (tại nhà tôi)

___ in a hospital (trong một bệnh viện)

___ in a long-term care facility (trong một cơ sở chăm sóc dài hạn)

___ as my Patient Advocate thinks best (tại nơi mà Người Bảo Vệ Quyền Lợi Bệnh Nhân của tôi cho là tốt nhất)

___ I would like hospice services in any of the above settings or in a hospice residence

(Tôi muốn có các dịch vụ chăm sóc cuối đời tại bất kỳ cơ sở nào nêu trên hoặc trong một khu chăm sóc cuối đời)

In my last days or hours, if possible, I wish the following for my comfort: (*e.g.: pain medication, certain music, readings, visitors, lighting, foods, therapy animal, etc.)*

Trong những ngày hoặc giờ cuối đời nếu có thể, tôi mong muốn những điều sau để được thoải mái: *(ví dụ: thuốc giảm đau, một số bản nhạc, bài đọc, khách thăm, đèn chiếu sáng, thức ăn, động vật trị liệu, v.v.)*

_____

_____

_____

____ **I choose not to complete this section.**

____ **Tôi chọn không hoàn thành phần này.**

©2019 Michigan Health Information Network Shared Services; this work is openly licensed via CC BY 4.0 (Creative Commons License Attribution 4.0 International; see CC BY 4.0 Deed | Attribution 4.0 International | Creative Commons)

Preferences for Anatomical Gift(s) Organ/Tissue/Body Donation & Autopsy

(This section is optional, but recommended)

Các Ưu Tiên Về Hiến Cơ Thể Hiến Tạng/Mô/Cơ Thể và Khám Nghiệm Tử Thi

(Phần này là tùy chọn, nhưng được khuyến nghị)

In this section, you may, if you wish, state your instructions for: organ/tissue donation, autopsy, and anatomical gift.
Trong phần này, nếu muốn, quý vị có thể nêu hướng dẫn của mình về: hiến tạng/mô, khám nghiệm tử thi và hiến xác.

The authority granted by me to my Patient Advocate regarding organ/tissue donation shall, in compliance with Michigan law, remain in effect and be honored following my death. I understand that whole-body anatomical gift donation generally requires pre-planning and pre-acceptance by the receiving institution.
Thẩm quyền do tôi cấp cho Người Bảo Vệ Quyền Lợi Bệnh Nhân của mình liên quan đến việc hiến tặng nội tạng/mô theo luật pháp Michigan sẽ vẫn có hiệu lực và được tôn trọng sau khi tôi qua đời. Tôi hiểu rằng việc hiến tặng toàn bộ cơ thể thường yêu cầu lập kế hoạch trước và được tổ chức tiếp nhận chấp nhận.

Instructions:
Hướng dẫn:

- *Put your initials (or "X") next to the choice you prefer for each situation below.*
  Ký tắt (hoặc đánh dấu "X") bên cạnh lựa chọn mà quý vị muốn cho mỗi tình huống bên dưới.

©2019 Michigan Health Information Network Shared Services; this work is openly licensed via CC BY 4.0 (Creative Commons License Attribution 4.0 International; see CC BY 4.0 Deed | Attribution 4.0 International | Creative Commons)

Anatomical Gift(s) – Donation of my Organs/Tissue/Body
Hiến Cơ Thể – Hiến Tạng/Mô/Cơ Thể Của Tôi

____ I am registered on the Michigan Donor Registry and/or Michigan driver's license.
Tôi đã ghi danh trên Cơ Quan Hiến Tặng Michigan (Michigan Donor Registry) và/hoặc bằng lái xe Michigan.

By Michigan law, your Patient Advocate and your family must honor your organ donation instructions.
Theo luật pháp Michigan, Người Bảo Vệ Quyền Lợi Bệnh Nhân (Patient Advocate) của quý vị và gia đình quý vị phải tôn trọng các hướng dẫn hiến tạng của quý vị.

Choose one option:
Chọn một tùy chọn:

____ I am not registered, but authorize my Patient Advocate to donate any parts of my body that may be helpful to others {e.g., ORGANS [heart, lungs, kidneys, liver, pancreas, intestines], or TISSUES [heart valve, bone, arteries & veins, corneas, ligaments & tendons, fascia (connective tissue), skin]}
Tôi không ghi danh, nhưng cho phép Người Bảo Vệ Quyền Lợi Bệnh Nhân *(Patient Advocate)* của tôi hiến tặng bất kỳ bộ phận nào trên cơ thể tôi có thể hữu ích cho người khác {ví dụ: TẠNG [tim, phổi, thận, gan, tuyến tụy, ruột] hoặc MÔ [van tim, xương, động mạch và tĩnh mạch, giác mạc, dây chằng và gân, cơ (mô liên kết), da]}

____ I am not registered, but authorize my Patient Advocate to donate any parts of my body, *EXCEPT* (name the specific organs or tissues):
Tôi không ghi danh, nhưng cho phép Người Bảo Vệ Quyền Lợi Bệnh Nhân *(Patient Advocate)* của tôi hiến tặng bất kỳ bộ phận nào trên cơ thể tôi, *NGOẠI TRỪ* (nêu tên các cơ quan nội tạng hoặc mô cụ thể):

_____

_____

____ I ***do not want*** to donate any organ or tissue.
TÔI ***không muốn*** hiến tặng bất kỳ cơ quan nội tạng hoặc mô nào.

____ I have arranged, or plan to arrange, donating my body to an institution of medical science for research or training purposes *(must be arranged in advance)*.
Tôi đã sắp xếp, hoặc dự định sắp xếp, hiến xác của mình cho một tổ chức khoa học y tế để nghiên cứu hoặc đào tạo *(phải được sắp xếp trước).*

____ **I choose not to complete this section.**

____ **Tôi chọn không hoàn thành phần này.**

(continues next page) (tiếp trang sau)

©2019 Michigan Health Information Network Shared Services; this work is openly licensed via CC BY 4.0 (Creative Commons License Attribution 4.0 International; see CC BY 4.0 Deed | Attribution 4.0 International | Creative Commons)

Preferences for Anatomical Gift(s) Organ/Tissue/Body Donation & Autopsy

(This section is optional, but recommended)

Các Ưu Tiên Về Hiến Cơ Thể Hiến Tạng/Mô/Cơ Thể và Khám Nghiệm Tử Thi

(Phần này là tùy chọn, nhưng được khuyến nghị)

Instructions:
Hướng dẫn:

- *Put your initials (or "X") next to the choice you prefer for each situation below.*
  Ký tắt (hoặc đánh dấu "X") bên cạnh lựa chọn mà quý vị muốn cho mỗi tình huống bên dưới.
- *NOTE: A medical examiner may legally require an autopsy to determine cause of death. Other autopsies may be elected by next of kin (possibly at family expense).*
  LƯU Ý: Một giám định viên y tế có thể yêu cầu khám nghiệm tử thi để xác định nguyên nhân tử vong. Các việc khám nghiệm tử thi khác có thể được yêu cầu bởi người thân (có thể do gia đình chi trả).

Autopsy Preference
Ưu tiên về khám nghiệm tử thi

_____ I would accept an autopsy if it can help my blood relatives understand the cause of my death or assist them with their future health care decisions.
Tôi sẽ chấp nhận khám nghiệm tử thi nếu nó có thể giúp những người ruột thịt của tôi hiểu được nguyên nhân cái chết của tôi hoặc giúp họ đưa ra các quyết định chăm sóc sức khỏe trong tương lai.

_____ I would accept an autopsy if it can help the advancement of medicine or medical education.
Tôi sẽ chấp nhận khám nghiệm tử thi nếu nó có thể giúp ích cho sự tiến bộ của y học hoặc giáo dục y tế.

_____ If optional, I do not want an autopsy performed on me.
Nếu tùy chọn, tôi không muốn khám nghiệm tử thi đối với tôi.

____ **I choose not to complete this section.**

____ **Tôi chọn không hoàn thành phần này.**

©2019 Michigan Health Information Network Shared Services; this work is openly licensed via CC BY 4.0 (Creative Commons License Attribution 4.0 International; see CC BY 4.0 Deed | Attribution 4.0 International | Creative Commons)

Preferences for Mental Health Examination & Treatment

(Optional)

Ưu Tiên Về Kiểm Tra Sức Khỏe Tâm Thần và Điều Trị

(Tùy chọn)

☐ A determination of my inability to make decisions or provide informed consent for mental health treatment will be made by (Việc xác định tôi không có khả năng đưa ra quyết định hoặc đưa ra sự đồng ý có hiểu biết về việc điều trị sức khỏe tâm thần sẽ được thực hiện bởi)

_____.

(Physician/Psychiatrist) (Bác sĩ/Bác sĩ tâm thần)

____ **I choose not to complete this section.**
____ **Tôi chọn không hoàn thành phần này.**

I expressly authorize my Patient Advocate to make decisions concerning the following treatments if a physician and a mental health professional determine I cannot give informed consent for mental health care.
Tôi ủy quyền rõ ràng cho Người Bảo Vệ Quyền Lợi Bệnh Nhân *(Patient Advocate)* của tôi đưa ra các quyết định liên quan đến các việc điều trị sau đây nếu bác sĩ và chuyên gia sức khỏe tâm thần xác định rằng tôi không thể đưa ra sự đồng ý có hiểu biết về chăm sóc sức khỏe tâm thần.

(initial one or more choices that match your wishes)
(ký tắt vào một hoặc nhiều lựa chọn phù hợp với mong muốn của quý vị)

____ outpatient therapy (điều trị ngoại trú)
____ voluntary admission to a hospital to receive inpatient mental health services
I have the right to give three days' notice of my intent to leave the hospital
(tự nguyện nhập viện để nhận các dịch vụ sức khỏe tâm thần nội trú)
(Tôi có quyền thông báo trước ba ngày về ý định xuất viện của tôi)
*____ Involuntary admission to a hospital to receive inpatient mental health services
(Nhập viện không tự nguyện để nhận các dịch vụ sức khỏe tâm thần nội trú)
*____ psychotropic medication (thuốc hướng thần)
*____ electro-convulsive therapy (ECT) [liệu pháp sốc điện *(electro-convulsive therapy, ECT)*]
*____ I give up my right to have a revocation effective immediately. If I revoke my designation, the revocation is effective 30 days from the date I communicate my intent to revoke. Even if I choose this option, I still have the right to give three days' notice of my intent to leave a hospital if I am a formal voluntary patient.
(Tôi từ bỏ quyền yêu cầu thu hồi có hiệu lực ngay lập tức. Nếu tôi thu hồi chỉ định của mình, việc thu hồi có hiệu lực sau 30 ngày kể từ ngày tôi thông báo ý định thu hồi của mình. Ngay cả khi tôi chọn lựa chọn này, tôi vẫn có quyền thông báo trước ba ngày về ý định rời bệnh viện nếu tôi là một bệnh nhân tự nguyện chính thức).

©2019 Michigan Health Information Network Shared Services; this work is openly licensed via CC BY 4.0 (Creative Commons License Attribution 4.0 International; see CC BY 4.0 Deed | Attribution 4.0 International | Creative Commons)

***Choices with an asterisk require your express permission to your Patient Advocate(s) prior to treatment/action.**

***Các lựa chọn có dấu hoa thị yêu cầu sự cho phép rõ ràng của quý vị đối với (những) Người Bảo Vệ Quyền Lợi Bệnh Nhân của mình trước khi điều trị/hành động.**

I have specific wishes about mental health treatment, such as a preferred mental health professional, hospital or medication. My wishes are as follows:

Tôi có mong muốn cụ thể về việc điều trị sức khỏe tâm thần, ví dụ như một chuyên gia sức khỏe tâm thần, bệnh viện hoặc thuốc men được ưu tiên. Mong muốn của tôi như sau:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____ _____

(Sign your name if you wish to give your Patient Advocate this authority)
(Ký tên của quý vị nếu quý vị muốn cho Người Bảo Vệ Quyền Lợi Bệnh Nhân của mình quyền này)

Date
Ngày

____ I choose not to complete this section.

____ Tôi chọn không hoàn thành phần này.

©2019 Michigan Health Information Network Shared Services; this work is openly licensed via CC BY 4.0 (Creative Commons License Attribution 4.0 International; see CC BY 4.0 Deed | Attribution 4.0 International | Creative Commons)

Treatment Preferences (Goals of Care)

(This section is optional, but recommended)

Ưu Tiên Điều Trị (Mục Tiêu Chăm Sóc)

(Phần này là tùy chọn, nhưng được khuyến nghị)

Print Name (Tên bằng chữ in hoa): _____ Date of Birth (Ngày Sinh): _____

Specific Instructions to my Patient Advocate

When I am not able to decide or speak for myself, the following are my specific preferences and values concerning my health care:

Hướng Dẫn Cụ Thể cho Người Bảo Vệ Quyền Lợi Bệnh Nhân của tôi

Khi tôi không thể quyết định hoặc tự nói, các nội dung dưới đây là các ưu tiên cụ thể và các giá trị của tôi về chăm sóc sức khỏe:

Instructions:
Hướng dẫn:

- *Put your initials (or "X") next to the choice you prefer for each situation below.*
  Ký tắt (hoặc đánh dấu "X") bên cạnh lựa chọn mà quý vị muốn cho mỗi tình huống bên dưới.

Treatments to Prolong my Life
Điều Trị Để Kéo Dài Cuộc Sống Của Tôi

If I reach a point where there is reasonable medical certainty that I will not recover my ability to know who I am, where I am, and I am unable to meaningfully interact with others:
Nếu tôi đến một mức độ mà có sự chắc chắn hợp lý về mặt y tế rằng tôi sẽ không phục hồi khả năng nhận biết mình là ai, tôi đang ở đâu và tôi không thể tương tác có ý nghĩa với người khác:

____ I want all possible efforts to prolong life made on my behalf, even if it means I may remain on life-sustaining equipment, such as a breathing machine or kidney dialysis, for the rest of my life.
Tôi muốn mọi người cố gắng hết sức để kéo dài sự sống cho tôi, ngay cả khi điều đó có nghĩa là tôi có thể phải sử dụng thiết bị duy trì sự sống, ví dụ như máy thở hoặc lọc thận, trong suốt phần đời còn lại của mình.

©2019 Michigan Health Information Network Shared Services; this work is openly licensed via CC BY 4.0 (Creative Commons License Attribution 4.0 International; see CC BY 4.0 Deed | Attribution 4.0 International | Creative Commons)

OR

HOẶC

____ I want my health care providers to try treatments to prolong my life for a period of time. If these treatments are not helping me get better, are not going to improve my current condition, or if they are causing me pain and suffering, then I want to stop these treatments.

Tôi muốn các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi thử các phương pháp điều trị để kéo dài sự sống của tôi trong một khoảng thời gian. Nếu những phương pháp điều trị này không giúp tôi khỏi bệnh, không cải thiện được tình trạng hiện tại của tôi hoặc nếu chúng khiến tôi đau đớn và khổ sở, thì tôi muốn dừng các phương pháp điều trị này.

OR

HOẶC

____ I do not want to start treatments to prolong my life; if treatments have begun, please stop.

Tôi không muốn bắt đầu điều trị để kéo dài tuổi thọ của mình; nếu phương pháp điều trị đã bắt đầu thì hãy dừng lại.

Medications and treatment intended to provide comfort or pain relief shall not be withheld or withdrawn.

Thuốc và phương pháp điều trị nhằm tạo ra sự dễ chịu hoặc giảm đau sẽ không được giữ lại hoặc thu hồi.

____ I choose not to complete this section.

____ Tôi chọn không hoàn thành phần này.

____ Refer to my additional documents regarding my treatment preferences.

____ Tham khảo các tài liệu bổ sung của tôi về các ưu tiên điều trị của tôi.

©2019 Michigan Health Information Network Shared Services; this work is openly licensed via CC BY 4.0 (Creative Commons License Attribution 4.0 International; see CC BY 4.0 Deed | Attribution 4.0 International | Creative Commons)

Cardiopulmonary Resuscitation (CPR)

(General Feelings/Preferences)

This is NOT a "Do Not Resuscitate" (DNR) Medical Order.

A DNR medical order is a separate legal document.

Hồi sức tim phổi (Cardiopulmonary Resuscitation, CPR)

(Cảm nhận chung/Ưu tiên)

Đây KHÔNG phải là Lệnh Y Tế "Không Được Hồi Sức" ("Do Not Resuscitate", DNR).

Lệnh y tế DNR là một văn bản pháp lý riêng biệt.

CPR is an attempt to restart your heart and breathing. It could include pressing hard on your chest to try to restart your heart and placing a tube into your windpipe to connect to the breathing machine. Electric shock to your heart and medications to support your heart may be included.

CPR là một nỗ lực để khởi động lại tim và hơi thở của quý vị. Nó có thể bao gồm việc ấn mạnh vào lồng ngực để cố gắng khởi động lại tim và đặt một ống vào khí quản để kết nối với máy thở. Có thể bao gồm sốc điện cho tim và thuốc hỗ trợ tim.

Instructions:
Hướng dẫn:

- Initial of place an "X" next to your choice.
  Ký tắt hoặc đánh dấu "X" bên cạnh lựa chọn của quý vị.

If my heart and breathing stops:
Nếu tim tôi ngừng đập hoặc tôi ngừng thở:

____ I **want** the healthcare team to try CPR in all cases
TÔI **muốn** nhóm chăm sóc sức khỏe cố gắng dùng CPR trong mọi trường hợp.

OR
HOẶC

____ I **want** CPR unless my health care providers determine that I have any of the following:
TÔI **muốn** CPR trừ khi nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi xác định rằng tôi có bất kỳ điều nào dưới đây:

- An injury or illness that cannot be cured and I am dying.
  Một chấn thương hoặc bệnh tật không thể chữa khỏi và tôi sắp chết.
- No reasonable chance of surviving the CPR attempt.
  Không có cơ hội hợp lý để sống sót sau nỗ lực CPR.
- Little chance of surviving long term, and it would be hard and painful for me to recover from CPR.
  Rất ít cơ hội sống sót lâu dài và tôi sẽ rất khó khăn và đau đớn để hồi phục sau CPR.

OR
HOẶC

____ I ***do not want*** CPR but instead want to allow natural death.
TÔI **không muốn** CPR mà muốn được chết tự nhiên.

____ **I choose not to complete this section.**

____ **Tôi chọn không hoàn thành phần này.**

©2019 Michigan Health Information Network Shared Services; this work is openly licensed via CC BY 4.0 (Creative Commons License Attribution 4.0 International; see CC BY 4.0 Deed | Attribution 4.0 International | Creative Commons)

Additional Specific Instructions
Hướng Dẫn Cụ Thể Bổ Sung

I want my Patient Advocate to follow these specific instructions, which may limit the authority previously described in General Instructions to My Patient Advocate.
Tôi muốn Người Bảo Vệ Quyền Lợi Bệnh Nhân (Patient Advocate) của tôi làm theo các hướng dẫn cụ thể này, có thể hạn chế quyền hạn được mô tả trước đây trong Hướng Dẫn Chung Cho Người Bảo Vệ Quyền Lợi Bệnh Nhân Của Tôi.

_____

_____

____ **I choose not to complete this section.**

____ **Tôi chọn không hoàn thành phần này.**

Signature
Chữ ký

If you are satisfied with your choice of Patient Advocate and with the Treatment Preferences guidance you have provided in this section, you need to sign and date the statement below.
Nếu quý vị hài lòng với sự lựa chọn của Người Bảo Vệ Quyền Lợi Bệnh Nhân *(Patient Advocate)* và với hướng dẫn về Ưu Tiên Điều Trị mà quý vị đã cung cấp trong phần này, quý vị cần ký tên và ghi ngày vào bản kê khai bên dưới.

I am providing these instructions of my own free will. I have not been required to give them in order to receive care or have care withheld or withdrawn. I am at least eighteen (18) years old and of sound mind. These are my preferences and goals expressed and affirmed on the date below:
Tôi cung cấp các hướng dẫn này theo ý muốn của bản thân tôi. Tôi không bị buộc phải cung cấp hướng dẫn để được chăm sóc hoặc được giữ lại hoặc thu hồi dịch vụ chăm sóc. Tôi đã đủ 18 (mười tám) tuổi và minh mẫn. Đây là những ưu tiên và mục tiêu của tôi được thể hiện và khẳng định vào ngày dưới đây:

Signature (Chữ ký): _____ Date (Ngày): _____

©2019 Michigan Health Information Network Shared Services; this work is openly licensed via CC BY 4.0 (Creative Commons License Attribution 4.0 International; see CC BY 4.0 Deed | Attribution 4.0 International | Creative Commons)