

# Ủy Nhiệm Chăm Sóc Sức Khỏe

## Health Care Proxy

1. Tôi, \_\_\_\_\_ thường trú tại \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ chỉ định \_\_\_\_\_ thường trú  
tại \_\_\_\_\_  
điện thoại (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ làm **người đại diện chăm sóc sức khỏe** - người này có thẩm quyền  
lấy quyết định chăm sóc sức khỏe nhân danh tôi.  
(Tùy chọn: Nếu người này vắng mặt, không mong muốn hoặc chưa đủ năng lực phục vụ, thì tôi chỉ định \_\_\_\_\_  
thường trú tại \_\_\_\_\_ điện thoại (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
làm **người đại diện thay thế**.)

Theo dự định thì thẩm quyền này sẽ có hiệu lực khi bác sĩ khám chữa trị xét thấy tôi không đủ khả năng tự lấy  
quyết định hoặc tự cho biết quyết định chăm sóc sức khỏe của chính tôi.

Khi vận dụng thẩm quyền này, người đại diện của tôi phải lấy quyết định đúng theo họ hiểu về ước nguyện của  
tôi. Nếu người đại diện không thể định rõ ước nguyện của tôi, thì sẽ phải lựa chọn những điều họ nghĩ là sẽ tốt nhất  
cho tôi.

2. Đánh dấu một ô:

(a) Tôi **muốn** có chung những chỉ dẫn cụ thể để người đại diện tuân theo và/hoặc giới hạn thẩm quyền của người  
đó.

(*Nên ghi rõ các chỉ dẫn và điều giới hạn dưới đây*)

(b) Tôi **không muốn có chung** những chỉ dẫn cụ thể để người đại diện tuân theo, và cũng không giới hạn thẩm  
quyền của người đó.

3. Nơi đây tôi thu hồi bất cứ ủy nhiệm chăm sóc sức khỏe hay “di chúc sống” nào đã lập trước đó. Các bản sao của  
văn tự ủy nhiệm này đều có giá trị giống như bản chính.

4. Chữ ký của người ủy nhiệm \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_  
(Signature of Principal)

### **Tuyên Bô của Nhân Chứng**

Chúng tôi - là những nhân chứng ký tên dưới đây - đã mười tám tuổi trở lên, và không một ai trong chúng tôi được  
nêu tên trên cương vị người đại diện chăm sóc sức khỏe hoặc người thay thế. Trong chừng mực hiểu biết tốt nhất  
của mình, chúng tôi thấy người ủy nhiệm nêu tên bên trên được ít nhất mười tám tuổi, tinh thần còn minh mẫn, và tỏ  
rõ ý muốn thực thi tài liệu này trước mặt chúng tôi mà hoàn toàn không bị ép buộc hoặc ảnh hưởng sai trái.

### **Witness Statement**

We the undersigned witnesses are eighteen years of age or older and neither of us is named as the health care agent  
or alternate. To the best of our knowledge, the above named principal is at least eighteen years of age, of sound  
mind, and willingly executed this document in our presence under no constraint or undue influence.

#### **Nhân chứng thứ 1**

Tên \_\_\_\_\_

Địa chỉ \_\_\_\_\_

Ngày \_\_\_\_\_ Ký tên \_\_\_\_\_

#### **Nhân chứng thứ 2**

Tên \_\_\_\_\_

Địa chỉ \_\_\_\_\_

Ngày \_\_\_\_\_ Ký tên \_\_\_\_\_