

NĂM NGUYỄN VỌNG FIVE WISHES

NGUYỄN VỌNG CỦA TÔI VỀ:

Người Mà Tôi Muốn Thay Tôi Quyết Định về Chăm Sóc Sức Khỏe Khi Tôi Không Thể Tự Mình Quyết Định

Loại Chữa Trị Y Tế Mà Tôi Muốn hoặc Không Muốn Sử Dụng

Mức Độ Thoải Mái mà Tôi Muốn

Cách Thức Tôi Muốn Được Đối Xử

Những Gì mà Tôi Muốn Cho Người Thân Của Mình Biết

xin viết tên của quý vị theo
lỗi chữ in

print your name

ngày tháng năm sinh

birthdate

Vietnamese

Năm Nguyên Vọng

*T*ong cuộc sống có nhiều điều mà chúng ta không thể kiểm soát được. Tập sách Năm Nguyên Vọng này hướng dẫn quý vị cách kiểm soát một vấn đề rất quan trọng—đó là cách được đối xử nếu bệnh của quý vị trở nặng. Đây là một tờ mẫu rất dễ điền để giúp quý vị bày tỏ chính xác nguyện vọng của mình. Sau khi quý vị đã điền và ký tên đúng cách, mẫu điền này sẽ hợp lệ theo luật của đa số các tiểu bang.

Năm Nguyên Vọng Là Gì?

Năm Nguyên Vọng là di chúc sinh thời đầu tiên, trong đó ghi rõ các nhu cầu cá nhân, cảm xúc và tinh thần cũng như các nguyện vọng về chăm sóc chữa trị của quý vị. Tài liệu này được biên soạn với sự giúp đỡ của Ủy Ban Luật pháp

và Người Cao Niên của Hiệp Hội Luật Sư Hoa Kỳ, và các chuyên gia hàng đầu quốc gia về chăm sóc lúc cuối đời. Mẫu điền này cũng rất dễ sử dụng, quý vị chỉ cần đánh dấu vào một ô, khoanh tròn một phân chỉ dẫn, hoặc ghi vài câu.

Năm Nguyên Vọng Có Thể Giúp Bản Thân Quý Vị và Gia Đình Quý Vị Như Thế Nào

- Tài liệu này giúp quý vị bày tỏ cho gia đình, bạn bè và bác sĩ của mình nguyện vọng về cách chữa trị cho quý vị khi bệnh của quý vị trở nặng.
- Các thành viên trong gia đình sẽ không cần phải đoán xem quý vị muốn gì. Tài liệu này giúp bảo vệ họ vì họ sẽ không phải đưa ra các lựa chọn khó khăn khi không biết rõ nguyện vọng của quý vị nếu bệnh của quý vị trở nặng.
- Quý vị có thể biết được nguyện vọng của cha, mẹ, người phối ngẫu hoặc bạn bè của mình qua di chúc sinh thời. Năm Nguyên Vọng Quý vị cũng có thể có mặt bên họ khi họ cần. Quý vị sẽ biết rõ họ thật sự muốn gì.

Tập sách Năm Nguyên Vọng Bắt Đầu Như Thế Nào

Một người đàn ông tên là Jim Towey đã cộng tác chặt chẽ với Mẹ Teresa trong 12 năm. Ông ta đã sống một năm tại viện tế bần do mẹ Teresa điều hành tại Washington, DC. Từ kinh nghiệm trực tiếp này, ông Towey đã tìm ra cách giúp các bệnh nhân và gia đình của họ lập kế hoạch và chủ động ứng phó với bệnh

nặng. Kết quả là Tập sách Năm Nguyên Vọng ra đời, và sáng kiến này đã được đông đảo mọi người ủng hộ. Sáng kiến này đã được giới thiệu trên đài CNN và chương trình Today Show của đài NBC và trong các tạp chí *Time* và *Money*. Báo chí gọi Năm Nguyên Vọng là tờ “di chúc sinh thời nhân đạo” đầu tiên.

Ai Nên Sử Dụng Tập sách Năm Nguyên Vọng

Năm Nguyên Vọng dành cho bất cứ ai từ 18 tuổi trở lên — cho dù đã lập gia đình, còn độc thân, là cha mẹ, con cái đã thành niên, hay bạn bè. Hơn tám triệu Người Mỹ ở mọi độ tuổi đã

sử dụng tài liệu này. Vì nó rất hữu dụng nên tài liệu này đang được các luật sư, bác sĩ, bệnh viện và trại tế bần, các cộng đồng tôn giáo, hãng sở và các nhóm hưu trí truyền bá.

Các Tiểu Bang Sử Dụng Tập sách Năm Nguyên Vọng

Nếu quý vị cư ngụ tại **District of Columbia** hoặc một trong số **40 tiểu bang** bang ghi dưới đây, quý vị có thể sử dụng Tập sách Năm Nguyên Vọng và sẽ an tâm khi biết rằng tài liệu này trên căn bản hội đủ mọi điều kiện tất yếu luật định tại tiểu bang quý vị:

Alaska	Idaho	Montana	South Dakota
Arizona	Illinois	Nebraska	Vermont
Arkansas	Iowa	New Jersey	Tennessee
California	Louisiana	New Mexico	Virginia
Colorado	Maine	New York	Washington
Connecticut	Maryland	North Carolina	Wisconsin
Delaware	Massachusetts	North Dakota	West Virginia
District of Columbia	Michigan	Oklahoma	Wyoming
Florida	Minnesota	Pennsylvania	
Georgia	Mississippi	Rhode Island	
Hawaii	Missouri	South Carolina	

Nếu tiểu bang của quý vị không nằm trong số 40 tiểu bang bang ghi ở đây, điều đó có nghĩa là Năm Nguyên Vọng không hội đủ các điều kiện kỹ thuật theo qui chế của tiểu bang quý vị. Vì vậy, một số bác sĩ trong tiểu bang của quý vị có thể miễn cưỡng chấp nhận Năm Nguyên Vọng. Tuy nhiên, nhiều người tại các tiểu bang không có tên trong danh sách này cũng điền di chúc Năm Nguyên Vọng cùng với mẫu văn kiện hợp pháp của tiểu bang họ. Họ thấy Năm Nguyên Vọng giúp họ bày tỏ mọi nguyện vọng của mình và là tài liệu hướng dẫn hữu ích cho người nhà, bạn bè, người chăm sóc và bác sĩ. Đa số các bác sĩ và chuyên gia y tế hiểu rằng họ cần lắng nghe các nguyện vọng của quý vị cho dù quý vị phát biểu những nguyện vọng đó theo cách nào đi nữa.

Làm Thế Nào Để Thay Đổi Năm Nguyên Vọng?

Có thể trước đó quý vị đã lập một bản di chúc khi còn sống hoặc giấy ủy quyền chăm sóc sức khỏe dài hạn. Tuy nhiên, nếu quý vị muốn sử dụng Năm Nguyên Vọng thay cho các tài liệu đó, quý vị chỉ cần điền và ký một bản Năm Nguyên Vọng mới theo hướng dẫn. Ngay sau khi ký, mọi chỉ thị trước đó của quý vị đều sẽ bị vô hiệu hoá. Để bảo đảm sử dụng loại mẫu điền thích hợp, xin làm theo các hướng dẫn sau đây:

- Hủy bỏ toàn bộ các bản di chúc sinh thời hoặc giấy ủy quyền chăm sóc sức khỏe dài hạn cũ. Hoặc quý vị cũng có thể ghi “revoked” (“bị hủy bỏ”) bằng chữ to chéo qua bản hiện tại. Hãy thông báo cho luật sư của mình biết nếu chính họ đã giúp quý vị soạn các tài liệu cũ này. *VÁ*
- Cho Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe, người nhà và bác sĩ của quý vị biết là quý vị đã điền bản Năm Nguyên Vọng mới. Bảo đảm là họ biết được các nguyện vọng mới của quý vị.

NGUYỄN VĂN NG 1 — WISH 1

Người Mà Tôi Muốn Thay Tôi Để Quyết Định Các Vấn Đề Về Chăm Sóc Sức Khỏe Khi Tôi Không Thể Tự Mình Quyết Định.

The Person I Want To Make Health Care Decisions For Me When I Can't Make Them For Myself.

Nếu tôi không còn có thể tự mình quyết định về vấn đề chăm sóc sức khỏe cho chính mình, mẫu điền này sẽ chỉ định người mà tôi đã lựa chọn để thay tôi quyết định. Người này sẽ là Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe (hoặc từ khác có thể được sử dụng tại tiểu bang của tôi, thí dụ như người được ủy quyền, người đại diện, hoặc thay thế) của tôi. Người này sẽ lựa chọn cách chăm sóc sức khỏe cho tôi nếu cả hai sự kiện sau đây xảy ra:

- Bác sĩ chữa trị hoặc điều trị cho tôi thấy rằng tôi không còn khả năng quyết định lựa chọn về vấn đề chăm sóc sức khỏe được nữa, VÀ
- Một người chăm sóc sức khỏe chuyên nghiệp khác đồng ý rằng điều đó là chính xác.

Nếu tiểu bang của tôi có cách khác để xác định tình trạng không có khả năng quyết định về chăm sóc sức khỏe, thì tình trạng này sẽ được xác định theo cách của tiểu bang tôi.

If I am no longer able to make my own health care decisions, this form names the person I choose to make these choices for me. This person will be my Health Care Agent (or other term that may be used in my state, such as proxy, representative, or surrogate). This person will make my health care choices if both of these things happen:

- My attending or treating doctor finds I am no longer able to make health care choices, AND
- Another health care professional agrees that this is true.

If my state has a different way of finding that I am not able to make health care choices, then my state's way should be followed.

Chọn Người Thích Hợp Làm Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe Picking The Right Person To Be Your Health Care Agent

Chọn người hiểu rõ và quan tâm tới quý vị và có thể lấy các quyết định khó khăn. Người phối ngẫu hoặc người nhà có thể không phải là lựa chọn tốt nhất vì tình cảm của họ quá sâu nặng nhưng đôi khi họ lại là lựa chọn tốt nhất. Quý vị là người hiểu rõ nhất. Hãy chọn người có thể đại diện cho quý vị để bảo đảm rằng họ có thể làm theo các nguyện vọng của quý vị. Đồng thời, hãy chọn người để có khả năng ở gần quý vị để có thể giúp quý vị khi cần. Cho dù quý vị chọn người phối ngẫu, người nhà hay bạn bè làm Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe đừng quên nói rõ với họ về các nguyện vọng của mình và bảo đảm rằng người được chọn đồng ý tôn trọng và làm theo các nguyện vọng đó. Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe của quý vị phải **ít nhất 18 tuổi** (21 tuổi nếu ở Tiểu Bang Colorado) và **không** được là:

- Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho quý vị, trong đó bao gồm cả chủ nhân hoặc người điều hành cơ sở y tế hoặc cơ sở chăm sóc nội trú hoặc cơ sở chăm sóc cộng đồng hiện đang phục vụ quý vị.
- Nhân viên hoặc người phối ngẫu của nhân viên của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị.
- Đại diện cho ít nhất 10 người, trừ khi người đó là người phối ngẫu hoặc họ hàng thân thích của quý vị.

Choose someone who knows you very well, cares about you, and who can make difficult decisions. A spouse or family member may not be the best choice because they are too emotionally involved. Sometimes they **are** the best choice. You know best. Choose someone who is able to stand up for you so that your wishes are followed. Also, choose someone who is likely to be nearby so that they can help when you need them. Whether you choose a spouse, family member, or friend as your Health Care Agent, make sure you talk about these wishes and be sure that this person agrees to respect and follow your wishes. Your Health Care Agent should be **at least 18 years or older** (in Colorado, 21 years or older) and should **not** be:

- Your health care provider, including the owner or operator of a health or residential or community care facility serving you.
- An employee or spouse of an employee of your health care provider.
- Serving as an agent or proxy for 10 or more people unless he or she is your spouse or close relative.

Người Mà Tôi Chọn Làm Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe Cho Tôi Là: The Person I Choose As My Health Care Agent Is:

Tên của Người Được Lựa Chọn Đầu Tiên
First Choice Name

Số Điện Thoại *Phone*

Địa Chỉ *Address*

Thành Phố/Tiểu Bang/Mã Số Zip *City/State/Zip*

Nếu người này không thể hoặc không muốn quyết định thay tôi, *HOẶC* đã ly dị hoặc ly thân hợp pháp với tôi, *HOẶC* nếu người này đã qua đời, thì những người sau đây sẽ là lựa chọn tiếp theo của tôi:

If this person is not able or willing to make these choices for me, *OR* is divorced or legally separated from me, *OR* this person has died, then these people are my next choices:

Tên của Người Được Lựa Chọn Thứ Hai *Second Choice Name*

Tên của Người Được Lựa Chọn Thứ Ba *Third Choice Name*

Địa Chỉ *Address*

Địa Chỉ *Address*

Thành Phố/Tiểu Bang/Mã Số Zip *City/State/Zip*

Thành Phố/Tiểu Bang/Mã Số Zip *City/State/Zip*

Số Điện Thoại *Phone*

Số Điện Thoại *Phone*

Nếu Tôi Đổi Ý Về Việc Có Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe, Tôi Sẽ

If I Change My Mind About Having A Health Care Agent, I Will

- Hủy bỏ mọi bản sao của phần này trong mẫu Năm Nguyên Vọng. *HOẶC*
- Thông báo cho người khác, như bác sĩ hoặc gia đình của tôi, về việc tôi muốn hủy bỏ hoặc thay đổi Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe. *HOẶC*
- Ghi từ “Revoked” (“Bị Hủy Bỏ”) bằng chữ to chéo qua tên của mỗi người đại diện mà tôi muốn hủy bỏ thẩm quyền. Ký tên tôi vào trang đó.

- Destroy all copies of this part of the Five Wishes form. *OR*
- Tell someone, such as my doctor or family, that I want to cancel or change my Health Care Agent. *OR*
- Write the word “Revoked” in large letters across the name of each agent whose authority I want to cancel. Sign my name on that page.

Tôi hiểu rằng Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe của tôi có thể thay tôi để quyết định các vấn đề về chăm sóc sức khỏe. Tôi muốn Đại Diện của mình có thể thực hiện các điều sau đây:

(Xin vui lòng gạch bỏ bất cứ điều gì mà quý vị không muốn Đại Diện của mình thực hiện trong danh sách dưới đây.)

I understand that my Health Care Agent can make health care decisions for me. I want my Agent to be able to do the following: **(Please cross out anything you don't want your Agent to do that is listed below.)**

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Thay tôi lựa chọn dịch vụ hoặc hình thức chăm sóc sức khỏe, ví dụ như xét nghiệm, thuốc men hoặc giải phẫu. Dịch vụ hoặc hình thức chăm sóc sức khỏe này có thể là để chẩn đoán bệnh, hoặc để tìm ra cách chữa trị căn bệnh đó. Dịch vụ hoặc hình thức này cũng có thể bao gồm việc chăm sóc sức khỏe để duy trì sự sống cho tôi. Nếu tôi đã bắt đầu được chữa trị hoặc chăm sóc sức khỏe, Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe của tôi có thể quyết định duy trì hoặc chấm dứt việc điều trị đó. | <ul style="list-style-type: none">• Make choices for me about my medical care or services, like tests, medicine, or surgery. This care or service could be to find out what my health problem is, or how to treat it. It can also include care to keep me alive. If the treatment or care has already started, my Health Care Agent can keep it going or have it stopped. |
| <ul style="list-style-type: none">• Giải thích những lời chỉ dẫn mà tôi đã đưa ra trong mẫu điền này hoặc trong các buổi thảo luận khác, theo đúng những gì mà Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe của tôi hiểu về nguyện vọng và quan điểm của tôi. | <ul style="list-style-type: none">• Interpret any instructions I have given in this form or given in other discussions, according to my Health Care Agent's understanding of my wishes and values. |
| <ul style="list-style-type: none">• Ứng thuận đưa tôi vào một cơ sở nội trú có nhân viên trợ giúp, bệnh viện, nhà tế bần hoặc cơ sở điều dưỡng thay mặt cho tôi. Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe của tôi có thể thuê bất cứ nhân viên chăm sóc sức khỏe nào cần thiết để giúp tôi hoặc để chăm sóc cho tôi. Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe của tôi cũng có thể sa thải nhân viên chăm sóc sức khỏe, nếu cần. | <ul style="list-style-type: none">• Consent to admission to an assisted living facility, hospital, hospice, or nursing home for me. My Health Care Agent can hire any kind of health care worker I may need to help me or take care of me. My Agent may also fire a health care worker, if needed. |
| <ul style="list-style-type: none">• Quyết định yêu cầu, chấm dứt hoặc không cung cấp các biện pháp chữa trị y tế, bao gồm cả việc truyền thức ăn và nước bằng phương pháp nhân tạo, và bất cứ biện pháp điều trị nào khác để duy trì sự sống cho tôi. | <ul style="list-style-type: none">• Make the decision to request, take away or not give medical treatments, including artificially-provided food and water, and any other treatments to keep me alive. |
| <ul style="list-style-type: none">• Xem và chấp thuận việc tiết lộ hồ sơ sức khỏe và các tài liệu cá nhân của tôi. Nếu cần tôi ký tên để có được bất cứ tài liệu nào trong số này, Đại Diện về Chăm Sóc Sức Khỏe của tôi có thể ký thay tôi. | <ul style="list-style-type: none">• See and approve release of my medical records and personal files. If I need to sign my name to get any of these files, my Health Care Agent can sign it for me. |
| <ul style="list-style-type: none">• Chuyển tôi sang tiểu bang khác để có được dịch vụ chăm sóc chữa trị cần thiết hoặc để thực hiện các nguyện vọng của tôi. | <ul style="list-style-type: none">• Move me to another state to get the care I need or to carry out my wishes. |
| <ul style="list-style-type: none">• Cho phép hoặc từ chối cho áp dụng bất cứ thủ thuật y khoa hoặc loại thuốc nào cần thiết để giúp giảm đau. | <ul style="list-style-type: none">• Authorize or refuse to authorize any medication or procedure needed to help with pain. |
| <ul style="list-style-type: none">• Thực hiện các thủ tục hợp pháp để thi hành các nguyện vọng của tôi. | <ul style="list-style-type: none">• Take any legal action needed to carry out my wishes. |
| <ul style="list-style-type: none">• Hiến tặng các bộ phận cơ thể hoặc mô có thể sử dụng được của tôi theo sự cho phép của luật pháp. | <ul style="list-style-type: none">• Donate useable organs or tissues of mine as allowed by law. |
| <ul style="list-style-type: none">• Nộp đơn xin bảo hiểm Medicare, Medicaid, hoặc các chương trình hoặc phúc lợi bảo hiểm khác cho tôi. Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe của tôi có thể xem hồ sơ cá nhân của tôi, thí dụ như hồ sơ ngân hàng để biết các thông tin cần thiết để điền các mẫu này. | <ul style="list-style-type: none">• Apply for Medicare, Medicaid, or other programs or insurance benefits for me. My Health Care Agent can see my personal files, like bank records, to find out what is needed to fill out these forms. |
| <ul style="list-style-type: none">• Sau đây là các thay đổi, thông tin bổ sung hoặc giới hạn về thẩm quyền của Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe cho tôi. | <ul style="list-style-type: none">• Listed below are any changes, additions, or limitations on my Health Care Agent's powers. |

NGUYỄN VĂN NG 2 — WISH 2

Nguyện Vọng Về Loại Chữa Trị Y Tế Mà Tôi Muốn Hoặc Không Muốn Được Nhận.

My Wish For The Kind Of Medical Treatment I Want Or Don't Want.

Tôi tin rằng cuộc sống của mình rất quý giá và tôi xứng đáng được đối xử với phẩm cách. Khi tới lúc mắc bệnh nặng và không thể tự mình bày tỏ, tôi muốn mọi người tôn trọng và làm theo các nguyện vọng sau đây, và bất cứ chỉ dẫn nào khác mà tôi đã đưa ra cho Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe.

I believe that my life is precious and I deserve to be treated with dignity. When the time comes that I am very sick and am not able to speak for myself, I want the following wishes, and any other directions I have given to my Health Care Agent, to be respected and followed.

Những Gì Quý Vị Cần Lưu Ý Với Tư Cách Là Người Chăm Sóc Cho Tôi

What You Should Keep In Mind As My Caregiver

- Tôi không muốn bị đau đớn. Tôi muốn bác sĩ cung cấp đủ thuốc giảm đau cho tôi, ngay cả khi điều đó có nghĩa là tôi sẽ buồn ngủ hoặc ngủ nhiều hơn bình thường.
- Tôi không muốn các bác sĩ hoặc y tá của tôi làm hoặc bỏ qua bất cứ việc gì nhằm mục đích lấy đi sự sống của tôi.
- Tôi muốn được ăn uống qua đường miệng, và được giữ ấm và sạch sẽ.

- I do not want to be in pain. I want my doctor to give me enough medicine to relieve my pain, even if that means that I will be drowsy or sleep more than I would otherwise.
- I do not want anything done or omitted by my doctors or nurses with the intention of taking my life.
- I want to be offered food and fluids by mouth, and kept clean and warm.

Trong Trường Hợp Khẩn Cấp In Case Of An Emergency

Nếu quý vị gặp trường hợp cấp cứu y tế và nhân viên xe cứu thương tới nơi, họ có thể xét xem quý vị có vòng đeo hoặc mẫu thông báo **Không Làm Hồi Sinh (Do Not Resuscitate)** hay không. Nhiều tiểu bang quy định rằng quý vị phải có mẫu **Không Làm Hồi Sinh** do bác sĩ điền và ký tên. Mẫu này cho nhân viên xe cứu thương biết là quý vị không muốn họ sử dụng biện pháp điều trị trợ sinh trong khi quý vị hấp hối. Xin hỏi bác sĩ của mình để biết quý vị có cần điền bản **Không Làm Hồi Sinh** hay không.

If you have a medical emergency and ambulance personnel arrive, they may look to see if you have a **Do Not Resuscitate** form or bracelet. Many states require a person to have a **Do Not Resuscitate** form filled out and signed by a doctor. This form lets ambulance personnel know that you don't want them to use life-support treatment when you are dying. Please check with your doctor to see if you need to have a **Do Not Resuscitate** form filled out.

“Điều Trị Trợ Sinh” Có Ý Nghĩa Như Thế Nào Đối Với Tôi

Điều trị trợ sinh có nghĩa là bất cứ thủ thuật y khoa, máy móc dụng cụ hoặc thuốc men nào nhằm duy trì sự sống của tôi. Biện pháp điều trị trợ sinh bao gồm: các dụng cụ, máy móc y tế được đưa vào trong người để giúp tôi thở; truyền thức ăn và nước qua dụng cụ y tế (truyền thức ăn qua ống dẫn); hồi sức tim phổi (CPR); đại phẫu thuật; truyền máu; thẩm tách; thuốc trợ sinh; và bất cứ thứ gì khác để giúp duy trì sự sống của tôi. Nếu tôi muốn hạn chế việc áp dụng biện pháp điều trị trợ sinh do quan điểm cá nhân hoặc tôn giáo, tôi sẽ ghi rõ giới hạn trong phần trống dưới đây. Tôi làm việc này để nêu rõ nguyện vọng của mình trong các điều kiện nhất định.

Sau đây là hình thức chữa trị y tế mà tôi muốn hoặc không muốn áp dụng cho bốn tình huống ghi dưới đây. Tôi muốn Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe, gia đình, bác sĩ và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác, bạn bè của tôi và tất cả những người khác biết tới những chỉ dẫn này.

Hấp hối:

Nếu bác sĩ của tôi và một người cung cấp chăm sóc sức khỏe chuyên nghiệp khác đều khẳng định là tôi sẽ qua đời trong một thời gian ngắn, và biện pháp điều trị trợ sinh sẽ chỉ làm trì hoãn thời điểm lia đời của tôi (Xin chọn *một* trong các câu sau đây):

- Tôi muốn áp dụng biện pháp điều trị trợ sinh.**
I want to have life-support treatment.
- Tôi không muốn áp dụng biện pháp điều trị trợ sinh. Nếu biện pháp này đã được khởi sự, tôi muốn chấm dứt biện pháp này.**
I do not want life-support treatment. If it has been started, I want it stopped.
- Tôi muốn áp dụng biện pháp điều trị trợ sinh nếu bác sĩ của tôi tin rằng biện pháp đó có thể hữu ích. Tuy nhiên, tôi muốn bác sĩ của tôi ngừng cung cấp biện pháp này nếu việc đó không làm thuyên giảm căn bệnh hoặc các triệu chứng của tôi.**
I want to have life-support treatment if my doctor believes it could help. But I want my doctor to stop giving me life-support treatment if it is not helping my health condition or symptoms.

What “Life-Support Treatment” Means To Me

Life-support treatment means any medical procedure, device or medication to keep me alive. Life-support treatment includes: medical devices put in me to help me breathe; food and water supplied by medical device (tube feeding); cardiopulmonary resuscitation (CPR); major surgery; blood transfusions; dialysis; antibiotics; and anything else meant to keep me alive. If I wish to limit the meaning of life-support treatment because of my religious or personal beliefs, I write this limitation in the space below. I do this to make very clear what I want and under what conditions.

Here is the kind of medical treatment that I want or don't want in the four situations listed below. I want my Health Care Agent, my family, my doctors and other health care providers, my friends and all others to know these directions.

Close to death:

If my doctor and another health care professional both decide that I am likely to die within a short period of time, and life-support treatment would only delay the moment of my death (Choose *one* of the following):

Bị Hôn Mê và Không Hy Vọng Sẽ Tỉnh Lại Hoặc Phục Hồi:

Nếu bác sĩ của tôi và một người cung cấp chăm sóc sức khỏe chuyên nghiệp khác đều khẳng định rằng tôi đang hôn mê và không hy vọng sẽ tỉnh lại hoặc bình phục và tôi bị tổn thương não, và biện pháp điều trị trợ sinh sẽ chỉ làm trì hoãn thời điểm lia đời của tôi (Xin chọn *một* trong các câu sau đây):

- Tôi muốn áp dụng biện pháp điều trị trợ sinh.**

I want to have life-support treatment.

- Tôi không muốn áp dụng biện pháp điều trị trợ sinh. Nếu biện pháp này đã được áp dụng, tôi muốn chấm dứt biện pháp này.**

I do not want life-support treatment. If it has been started, I want it stopped.

- Tôi muốn áp dụng biện pháp điều trị trợ sinh nếu bác sĩ của tôi tin rằng biện pháp đó có thể hữu ích. Tuy nhiên, tôi muốn bác sĩ của tôi ngừng cung cấp biện pháp này nếu việc đó không làm thuyên giảm căn bệnh hoặc các triệu chứng của tôi.**

I want to have life-support treatment if my doctor believes it could help. But I want my doctor to stop giving me life-support treatment if it is not helping my health condition or symptoms.

Tổn Thương Não Nặng Và Vĩnh Viễn Và Không Hy Vọng Sẽ Phục Hồi:

Nếu bác sĩ của tôi và một người cung cấp chăm sóc sức khỏe chuyên nghiệp khác đều khẳng định rằng tôi bị tổn thương não nặng và vĩnh viễn (ví dụ như tôi có thể mở mắt nhưng không thể nói hoặc hiểu được) và không có hy vọng tôi sẽ đỡ hơn, và biện pháp điều trị trợ sinh sẽ chỉ có tác dụng làm trì hoãn thời điểm lia đời của tôi (Chọn *một* trong các câu sau đây):

- Tôi muốn áp dụng biện pháp điều trị trợ sinh.**

I want to have life-support treatment.

- Tôi không muốn áp dụng biện pháp điều trị trợ sinh. Nếu biện pháp này đã được áp dụng, tôi muốn chấm dứt biện pháp này.**

I do not want life-support treatment. If it has been started, I want it stopped.

- Tôi muốn áp dụng biện pháp điều trị trợ sinh nếu bác sĩ của tôi tin rằng biện pháp đó có thể hữu ích. Tuy nhiên, tôi muốn bác sĩ của tôi ngừng cung cấp biện pháp này nếu việc đó không làm thuyên giảm căn bệnh hoặc các triệu chứng của tôi.**

I want to have life-support treatment if my doctor believes it could help. But I want my doctor to stop giving me life-support treatment if it is not helping my health condition or symptoms.

In A Coma And Not Expected To Wake Up Or Recover:

If my doctor and another health care professional both decide that I am in a coma from which I am not expected to wake up or recover, and I have brain damage, and life-support treatment would only delay the moment of my death (Choose *one* of the following):

Permanent And Severe Brain Damage And Not Expected To Recover:

If my doctor and another health care professional both decide that I have permanent and severe brain damage, (for example, I can open my eyes, but I can not speak or understand) and I am not expected to get better, and life-support treatment would only delay the moment of my death (Choose *one* of the following):

Trong Trường Hợp Khác Mà Tôi Không Muốn Duy Trì Sự Sống:

Nếu xảy ra trường hợp khác mà tôi không muốn áp dụng biện pháp điều trị trợ sinh, tôi xin trình bày trường hợp đó dưới đây. Trong trường hợp này, tôi tin rằng các khoản chi phí và gánh nặng về điều trị trợ sinh là quá lớn và không mang lại lợi ích tương xứng cho tôi. Do đó, trong trường hợp này, tôi không muốn áp dụng biện pháp điều trị trợ sinh. (Ví dụ, quý vị có thể ghi là “căn bệnh giai đoạn cuối.” Điều đó có nghĩa là tình trạng sức khỏe của quý vị đã trở nên tệ hơn. Quý vị hoàn toàn không thể tự chăm sóc bản thân cả về mặt tinh thần hoặc thể chất. Biện pháp điều trị trợ sinh sẽ không giúp quý vị bình phục. Xin để trống phần này nếu quý vị không có trường hợp nào khác để trình bày.)

In Another Condition Under Which I Do Not Wish To Be Kept Alive:

If there is another condition under which I do not wish to have life-support treatment, I describe it below. In this condition, I believe that the costs and burdens of life-support treatment are too much and not worth the benefits to me. Therefore, in this condition, I do not want life-support treatment. (For example, you may write “end-stage condition.” That means that your health has gotten worse. You are not able to take care of yourself in any way, mentally or physically. Life-support treatment will not help you recover. Please leave the space blank if you have no other condition to describe.)

***B**a nguyện vọng tiếp theo liên quan tới nguyện vọng cá nhân, tinh thần và cảm xúc của tôi. Các nguyện vọng này rất quan trọng đối với tôi. Tôi muốn được đối xử với phẩm cách khi cuối đời, vì vậy tôi muốn người khác thực hiện những điều ghi trong Nguyện Vọng 3, 4, và 5 nếu có thể được. Tôi hiểu rằng gia đình, các bác sĩ và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác, bạn bè tôi và những người khác có thể không thực hiện được các nguyện vọng này hoặc luật pháp không bắt buộc họ phải thực hiện các nguyện vọng này. Tôi không mong đợi các nguyện vọng này sẽ tạo ra hoặc bổ sung thêm các nghĩa vụ pháp lý mới cho bác sĩ hoặc những nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của tôi. Tôi cũng không mong đợi các nguyện vọng này sẽ miễn trừ họ khỏi cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe thích hợp cho tôi theo yêu cầu của luật pháp.*

***T**he next three wishes deal with my personal, spiritual and emotional wishes. They are important to me. I want to be treated with dignity near the end of my life, so I would like people to do the things written in Wishes 3, 4, and 5 when they can be done. I understand that my family, my doctors and other health care providers, my friends, and others may not be able to do these things or are not required by law to do these things. I do not expect the following wishes to place new or added legal duties on my doctors or other health care providers. I also do not expect these wishes to excuse my doctor or other health care providers from giving me the proper care asked for by law.*

NGUYỄN VĂN NG 3 — WISH 3

Nguyện Vọng Về Mức Độ Thoải Mái Mà Tôi Muốn.

My Wish For How Comfortable I Want To Be.

(Xin gạch bỏ bất cứ điều gì quý vị không đồng ý.)

(Please cross out anything that you don't agree with.)

• Tôi không muốn bị đau đớn. Tôi muốn bác sĩ cung cấp đủ thuốc giảm đau cho tôi, ngay cả khi điều đó có nghĩa là tôi sẽ buồn ngủ hoặc ngủ nhiều hơn bình thường.

• I do not want to be in pain. I want my doctor to give me enough medicine to relieve my pain, even if that means I will be drowsy or sleep more than I would otherwise.

• Nếu tôi có các dấu hiệu buồn chán, buồn nôn, thờ đốc, hoặc ảo giác, tôi muốn những người chăm sóc tôi làm bất cứ việc gì có thể để giúp tôi cảm thấy dễ chịu hơn.

• If I show signs of depression, nausea, shortness of breath, or hallucinations, I want my care givers to do whatever they can to help me.

• Tôi muốn được chườm khăn ướt lạnh lên đầu nếu bị sốt.

• I wish to have a cool moist cloth put on my head if I have a fever.

• Tôi muốn giữ ẩm môi và miệng để tránh bị khô.

• I want my lips and mouth kept moist to stop dryness.

• Tôi muốn được tắm nước ấm thường xuyên. Tôi muốn luôn được sạch sẽ và mát mẻ.

• I wish to have warm baths often. I wish to be kept fresh and clean at all times.

• Tôi muốn được xoa bóp bằng dầu nóng ở mức thường xuyên nhất có thể được.

• I wish to be massaged with warm oils as often as I can be.

• Tôi muốn nghe bản nhạc mà mình ưa thích bất cứ khi nào có thể được cho tới khi qua đời.

• I wish to have my favorite music played when possible until my time of death.

• Tôi muốn được làm vệ sinh cá nhân như cạo râu, cắt móng tay, chải tóc và đánh răng miễn là những việc đó không làm tôi đau hoặc khó chịu.

• I wish to have personal care like shaving, nail clipping, hair brushing, and teeth brushing, as long as they do not cause me pain or discomfort.

• Tôi muốn có người đọc kinh đạo và những bài thơ được ưa thích khi tôi gần lìa đời.

• I wish to have religious readings and well-loved poems read aloud when I am near death.

• Tôi muốn biết về các lựa chọn chăm sóc tế bào để cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, tinh thần và tâm linh cho tôi và những người thân của tôi.

• I wish to know about options for hospice care to provide medical, emotional and spiritual care for me and my loved ones.

NGUYỆN VỌNG 4 — WISH 4

Nguyện Vọng Về Cách Thức Mà Tôi Muốn Được Đối Xử.

My Wish For How I Want People To Treat Me.

(Xin gạch bỏ bất cứ điều gì mà quý vị không đồng ý.)

(Please cross out anything that you don't agree with.)

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Tôi muốn có người ở bên cạnh mình khi có thể. Tôi muốn có người ở bên cạnh tôi khi tôi cảm thấy cái chết có thể tới vào bất cứ lúc nào. | <ul style="list-style-type: none">• I wish to have people with me when possible. I want someone to be with me when it seems that death may come at any time. |
| <ul style="list-style-type: none">• Tôi muốn có người nắm tay tôi và nói chuyện với tôi khi có thể, ngay cả khi dường như tôi không thể phản ứng được với giọng nói hoặc đụng chạm của người khác. | <ul style="list-style-type: none">• I wish to have my hand held and to be talked to when possible, even if I don't seem to respond to the voice or touch of others. |
| <ul style="list-style-type: none">• Tôi muốn có người khác ở bên cạnh và cầu nguyện cho tôi khi có thể. | <ul style="list-style-type: none">• I wish to have others by my side praying for me when possible. |
| <ul style="list-style-type: none">• Tôi muốn các thành viên trong cộng đồng tôn giáo của tôi được cho biết là tôi đau bệnh và được yêu cầu cầu nguyện và tới viếng thăm tôi. | <ul style="list-style-type: none">• I wish to have the members of my faith community told that I am sick and asked to pray for me and visit me. |
| <ul style="list-style-type: none">• Tôi muốn được chăm sóc với niềm vui và lòng nhân hậu chứ không phải với nỗi buồn. | <ul style="list-style-type: none">• I wish to be cared for with kindness and cheerfulness, and not sadness. |
| <ul style="list-style-type: none">• Tôi muốn hình của người thân được bày trong phòng, gần giường của mình. | <ul style="list-style-type: none">• I wish to have pictures of my loved ones in my room, near my bed. |
| <ul style="list-style-type: none">• Nếu tôi không thể kiểm soát được các chức năng đi cầu hoặc đi tiểu, tôi muốn quần áo và đồ trải giường của tôi được giữ sạch sẽ và nếu bị dơ, tôi muốn được thay ngay khi có thể được. | <ul style="list-style-type: none">• If I am not able to control my bowel or bladder functions, I wish for my clothes and bed linens to be kept clean, and for them to be changed as soon as they can be if they have been soiled. |
| <ul style="list-style-type: none">• Tôi muốn được qua đời tại nhà của mình, nếu có thể thực hiện được. | <ul style="list-style-type: none">• I want to die in my home, if that can be done. |

NGUYỆN VỌNG 5 — WISH 5

Nguyện Vọng Về Những Gì Mà Tôi Muốn Người Thân Của Mình Biết.

My Wish For What I Want My Loved Ones To Know.

(Xin gạch bỏ bất cứ điều gì mà quý vị không đồng ý.)

(Please cross out anything that you don't agree with.)

• Tôi muốn người thân và bạn bè của tôi biết là tôi yêu thương họ.

• I wish to have my family and friends know that I love them.

• Tôi muốn gia đình, bạn bè và những người khác tha thứ cho những lần mà tôi đã khiến họ đau buồn.

• I wish to be forgiven for the times I have hurt my family, friends, and others.

• Tôi muốn gia đình, bạn bè và những người khác biết là tôi tha thứ cho những khi họ có thể đã làm tôi đau buồn trong cuộc đời.

• I wish to have my family, friends and others know that I forgive them for when they may have hurt me in my life.

• Tôi muốn gia đình và bạn bè của tôi biết là tôi không sợ cái chết. Tôi nghĩ rằng đó không phải là kết thúc mà là một khởi đầu mới cho tôi.

• I wish for my family and friends to know that I do not fear death itself. I think it is not the end, but a new beginning for me.

• Tôi muốn tất cả mọi người trong gia đình tôi sống hòa thuận với nhau trước khi tôi qua đời, nếu có thể được.

• I wish for all of my family members to make peace with each other before my death, if they can.

• Tôi muốn gia đình và bạn bè của tôi nghĩ về hình ảnh của tôi trước khi tôi mắc bệnh nặng. Tôi muốn họ nhớ tới tôi theo đúng hình ảnh đó sau khi tôi qua đời.

• I wish for my family and friends to think about what I was like before I became seriously ill. I want them to remember me in this way after my death.

• Tôi muốn gia đình, bạn bè và những người chăm sóc tôi tôn trọng các nguyện vọng của tôi dù cho họ không đồng ý với các nguyện vọng đó.

• I wish for my family and friends and caregivers to respect my wishes even if they don't agree with them.

• Tôi muốn gia đình và bạn bè của tôi chứng kiến lúc tôi sắp lìa đời như là thời điểm phát triển cá nhân cho tất cả mọi người, kể cả cho tôi. Điều này sẽ giúp tôi sống một cuộc sống có ý nghĩa trong những ngày cuối đời.

• I wish for my family and friends to look at my dying as a time of personal growth for everyone, including me. This will help me live a meaningful life in my final days.

• Tôi muốn gia đình và bạn bè của tôi tìm nơi cố vấn nếu họ gặp vấn đề rắc rối liên quan tới cái chết của tôi. Tôi muốn ký ức về cuộc đời của mình mang lại niềm vui chứ không phải nỗi buồn cho họ.

• I wish for my family and friends to get counseling if they have trouble with my death. I want memories of my life to give them joy and not sorrow.

• Sau khi qua đời, tôi muốn thi hài của mình được (khoanh tròn vào một ô):
chôn cất hoặc hỏa thiêu.

• After my death, I would like my body to be (circle one): buried or cremated.

• Tôi muốn an táng thi hài hoặc tro cốt của tôi tại địa điểm sau đây

• My body or remains should be put in the following location

_____.

_____.

• Sau đây là người biết các nguyện vọng về tang lễ của tôi:

• The following person knows my funeral wishes:

_____.

_____.

Nếu có người hỏi về cách thức tưởng niệm mà tôi mong muốn, xin nói cho họ biết những điều sau đây về tôi:
If anyone asks how I want to be remembered, please say the following about me:

Nếu tiến hành lễ tưởng niệm cho tôi, tôi muốn lễ tưởng niệm này có các phần sau đây (ghi bản nhạc, các bài hát, các đoạn văn hoặc các yêu cầu đặc biệt khác của quý vị):
If there is to be a memorial service for me, I wish for this service to include the following (list music, songs, readings or other specific requests that you have):

(Xin sử dụng phần trống dưới đây để ghi bất cứ nguyện vọng nào khác. Ví dụ, quý vị có thể muốn hiến tặng bất kỳ bộ phận nào hoặc tất cả các bộ phận cơ thể của mình sau khi qua đời. Xin đính kèm một tờ giấy riêng nếu quý vị cần viết thêm.)

(Please use the space below for any other wishes. For example, you may want to donate any or all parts of your body when you die. Please attach a separate sheet of paper if you need more space.)

Ký Mẫu Năm Nguyện Vọng

Xin quý vị nhớ ký tên vào mẫu Năm Nguyện Vọng trước sự chứng kiến của hai người.

Tôi, _____, yêu cầu gia đình, bác sĩ và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác, bạn bè tôi, và tất cả những người khác làm theo các nguyện vọng như Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe của tôi đã truyền đạt (nếu tôi có đại diện chăm sóc sức khỏe và người này có thể đại diện tôi), hoặc như được trình bày trong mẫu điền này. Mẫu điền này sẽ có hiệu lực khi tôi không thể tự mình quyết định hoặc tự mình lên tiếng. Nếu bất cứ phần nào của mẫu điền này không thể thực hiện được một cách hợp pháp, tôi muốn mọi người làm theo tất cả các phần khác trong bản này. Tôi cũng hủy bỏ bất cứ bản chỉ dẫn về chăm sóc sức khỏe nào khác mà tôi đã lập trước đây.

Chữ ký *Signature*: _____

Địa Chỉ *Address*: _____

Số Điện Thoại *Phone*: _____ Ngày *Date*: _____

Xác Nhận của Người Làm Chứng

(cần phải có 2 người làm chứng):

Tôi, người làm chứng, xác nhận rằng người ký tên hoặc xác nhận mẫu điền này (sau đây gọi là “người”) là người mà tôi biết đích danh, rằng ông ta/bà ta đã ký hoặc xác nhận [mẫu điền Di Chúc Lập Khi Còn Sống và/hoặc Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe] này trước sự hiện diện của tôi, và ông ta/bà ta trông còn minh mẫn và không bị cưỡng bức, gian lận, hoặc bị thúc ép để ký hoặc xác nhận bản di chúc này.

Tôi cũng xác nhận rằng tôi đã trên 18 tuổi và KHÔNG phải là:

- Người được chỉ định làm (đại lý/ người được ủy nhiệm/ người bệnh vực quyền lợi của bệnh nhân/ đại diện) theo tài liệu này hoặc người thừa kế của ông ta/bà ta,
- Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho người đó, bao gồm cả chủ nhân hoặc người điều hành cơ sở chăm sóc sức khỏe dài hạn, hoặc cơ sở nội trú hoặc cơ sở chăm sóc cộng đồng khác đang phục vụ người này,
- Nhân viên của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho người đó,
- Người chịu trách nhiệm tài chính cho việc chăm sóc sức khỏe của người đó,
- Nhân viên của một hãng bảo hiểm nhân thọ hoặc bảo hiểm y tế của người đó,
- Người có quan hệ ruột thịt, hôn nhân hoặc nghĩa dưỡng với người đó, và,
- Theo sự hiểu biết nhất của tôi, chủ nợ hoặc người được quyền hưởng bất cứ phần nào trong di sản của ông ta/bà ta theo di chúc hoặc theo điều khoản bổ sung vào di chúc, theo qui định của luật pháp.

(Một số tiểu bang có thể qui định ít luật lệ hơn về những người có thể làm chứng. Nếu quý vị không rõ các luật lệ tại tiểu bang của mình, xin làm theo các yêu cầu nói trên.)

Signing The Five Wishes Form

Please make sure you sign your Five Wishes form in the presence of the two witnesses.

I, _____, ask that my family, my doctors, and other health care providers, my friends, and all others, follow my wishes as communicated by my Health Care Agent (if I have one and he or she is available), or as otherwise expressed in this form. This form becomes valid when I am unable to make decisions or speak for myself. If any part of this form cannot be legally followed, I ask that all other parts of this form be followed. I also revoke any health care advance directives I have made before.

Witness Statement • (2 witnesses needed):

I, the witness, declare that the person who signed or acknowledged this form (hereafter “person”) is personally known to me, that he/ she signed or acknowledged this [Health Care Agent and/or Living Will form(s)] in my presence, and that he/she appears to be of sound mind and under no duress, fraud, or undue influence.

I also declare that I am over 18 years of age and am NOT:

- The individual appointed as (agent/proxy/surrogate/patient advocate/representative) by this document or his/her successor,
- The person’s health care provider, including owner or operator of a health, long-term care, or other residential or community care facility serving the person,
- An employee of the person’s health care provider,
- Financially responsible for the person’s health care,
- An employee of a life or health insurance provider for the person,
- Related to the person by blood, marriage, or adoption, and,
- To the best of my knowledge, a creditor of the person or entitled to any part of his/her estate under a will or codicil, by operation of law.

(Some states may have fewer rules about who may be a witness. Unless you know your state’s rules, please follow the above.)

Chữ Ký của Người Làm Chứng Số 1 *Signature of Witness #1*

Chữ Ký của Người Làm Chứng Số 2 *Signature of Witness #2*

Tên Viết theo lối Chữ In của Người Làm Chứng
Printed Name of Witness

Tên Viết theo lối Chữ In của Người Làm Chứng
Printed Name of Witness

Địa Chỉ *Address*

Địa Chỉ *Address*

Số Điện Thoại *Phone*

Số Điện Thoại *Phone*

Công Chứng • Notarization •

Chỉ bắt buộc đối với những người thường trú tại các Tiểu Bang Missouri, North Carolina, South Carolina và West Virginia

Only required for residents of Missouri, North Carolina, South Carolina and West Virginia

- Nếu cư ngụ tại Tiểu Bang Missouri, quý vị chỉ cần công chứng chữ ký của mình.
- Nếu cư ngụ tại Tiểu Bang North Carolina, South Carolina hoặc West Virginia, quý vị cần công chứng chữ ký của mình và chữ ký của những người làm chứng.
- If you live in Missouri, only your signature should be notarized.
- If you live in North Carolina, South Carolina or West Virginia, you should have your signature, and the signatures of your witnesses, notarized.

STATE OF _____

COUNTY OF _____

On this ____ day of _____, 20____, the said _____, _____, and _____, known to me (or satisfactorily proven) to be the person named in the foregoing instrument and witnesses, respectively, personally appeared before me, a Notary Public, within and for the State and County aforesaid, and acknowledged that they freely and voluntarily executed the same for the purposes stated therein.

My Commission Expires: _____

Notary Public

Các cư dân tiểu bang WISCONSIN phải gửi kèm bản thông báo của tiểu bang WISCONSIN cùng với bản Five Wishes. Quý.

Residents of WISCONSIN must attach the WISCONSIN notice statement to Five Wishes.

Quý vị có thể tìm hiểu thêm và lấy bản thông báo trên mạng điện toán tại www.agingwithdignity.org.

More information and the notice statement are available at www.agingwithdignity.org.

Những Người Cư Ngụ tại Các Cơ Sở Y Tế các Tiểu Bang CALIFORNIA, CONNECTICUT, DELAWARE, GEORGIA, NEW YORK, NORTH DAKOTA, SOUTH CAROLINA, VÀ VERMONT Phải Tuân Theo Luật Lệ Đặc Biệt Về Nhân Chứng.

Residents of Institutions In CALIFORNIA, CONNECTICUT, DELAWARE, GEORGIA, NEW YORK, NORTH DAKOTA, SOUTH CAROLINA, AND VERMONT Must Follow Special Witnessing Rules.

Nếu quý vị cư ngụ tại một số y viện (cơ sở điều dưỡng, cơ sở chăm sóc dài hạn khác có giấy phép hành nghề và nơi cư trú dành cho những người mắc bệnh chậm phát triển trí tuệ hoặc hạn chế về phát triển, hoặc y viện sức khỏe tâm thần) tại một trong các tiểu bang ghi trên, có thể quý vị phải tuân theo “các điều bắt buộc về làm chứng” đặc biệt để Năm Nguyện Vọng được hợp lệ. Xin liên lạc với cán sự xã hội hoặc người bệnh vực quyền lợi của bệnh nhân tại y viện của quý vị để tìm hiểu thêm.

If you live in certain institutions (a nursing home, other licensed long term care facility, a home for the mentally retarded or developmentally disabled, or a mental health institution) in one of the states listed above, you may have to follow special “witnessing requirements” for your Five Wishes to be valid. For further information, please contact a social worker or patient advocate at your institution.

Những Việc Cần Làm Sau Khi Quý Vị Điền Xong Mẫu Năm Nguyện Vọng

- Nhớ ký tên và làm chứng cho mẫu điền theo đúng chỉ dẫn. Khi đó Năm Nguyện Vọng của quý vị sẽ hợp pháp và hợp lệ.
- Hãy nói cho đại diện chăm sóc sức khỏe, người nhà và những người khác quan tâm tới quý vị về các nguyện vọng của quý vị. Đưa cho họ bản sao của Năm Nguyện Vọng đã điền đầy đủ.
- Giữ bản gốc mà quý vị đã ký ở một nơi đặc biệt trong nhà. **ĐỪNG** để bản này trong két an toàn. Giữ bản này ở gần mình để người khác có thể tìm thấy khi quý vị cần tới.
- Hãy điền chiếc thẻ bỏ túi dưới đây. Hãy mang thẻ này theo cùng với quý vị để giúp người khác biết nơi quý vị cất giữ Tập sách Năm Nguyện Vọng.
- Tôi đã đưa cho những người sau đây bản sao của Năm Nguyện Vọng đã điền của tôi:
- *I have given the following people copies of my completed Five Wishes:*

Năm Nguyện Vọng có dụng cụ' giúp quý vị lập kế hoạch cho tương lai., không nhằm mục đích cố vấn pháp lý cho quý vị và không cố gắng giải đáp mọi thắc mắc về bất cứ vấn đề nào có thể phát sinh. Không ai giống ai và không hoàn cảnh nào giống hoàn cảnh nào. Đôi khi luật pháp cũng thay đổi. Nếu quý vị có thắc mắc hoặc có vấn đề cụ thể, hãy hỏi ý kiến chuyên gia pháp lý hoặc chuyên gia y tế.

Five Wishes is meant to help you plan for the future. It is not meant to give you legal advice. It does not try to answer all questions about anything that could come up. Every person is different, and every situation is different. Laws change from time to time. If you have a specific question or problem, talk to a medical or legal professional for advice.

Thẻ Bỏ Túi Năm Nguyện Vọng



Important Notice to Medical Personnel:
I have a Five Wishes Advance Directive.
Thông Báo Quan Trọng Cho Nhân Viên Y Tế: Tôi Có Bản Tựa Hướng Dẫn Năm Nguyện Vọng.

Signature Chữ Ký

Please consult this document and/or my Health Care Agent in an emergency. My Agent is:

Xin tham chiếu tài liệu này và/hoặc hỏi ý kiến Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe của tôi trong trường hợp khẩn cấp. Đại Diện của tôi là:

Name Họ, Tên

Address Địa Chỉ City/State/Zip Thành Phố/Tiểu Bang/Mã Số Zip

Phone Số Điện Thoại

My primary care physician is:

Bác sĩ chăm sóc chính của tôi là:

Name Họ, Tên

Address Địa Chỉ City/State/Zip Thành Phố/Tiểu Bang/Mã Số Zip

Phone Số Điện Thoại

My document is located at:

Giấy tờ của tôi được lưu tại:

Hãy Cắt Thẻ Ra, Gập Lại và Ép Nhựa để Giữ An Toàn

Sau Đây Là Nhận Xét Của Nhiều Người Về Năm Nguyên Vọng:

“Mẹ tôi qua đời đã sắp được một năm. Chúng tôi biết ước nguyện của bà vì bà có di chúc sinh thời Năm Nguyên Vọng. Khi mẹ tôi qua đời, tôi và anh trai tôi không có thắc mắc gì về những việc chúng tôi cần phải làm. Chúng tôi cảm thấy thật an tâm.”

Cheryl K.
Longwood, Florida

“Phải nói rằng tôi rất thích Tập sách, Năm Nguyên Vọng rất rõ ràng, dễ hiểu và không khoét sâu vào những vấn đề khó khăn về chăm sóc sức khỏe mà chú ý vào các vấn đề thực sự quan trọng—đó là chăm sóc con người. Tôi đã sử dụng bản này cho bản thân và cho chồng tôi.”

Susan W.
Flagstaff, Arizona

“Tôi không muốn các con tôi phải quyết định các vấn đề mà tôi đã phải quyết định thay cho mẹ tôi. Tôi không bao giờ biết là có quá nhiều lựa chọn y tế để cân nhắc tới như vậy. Xin cảm ơn mẫu điền nhay cảm và chu đáo này. Tôi chỉ cần điền và lưu lại cho các con tôi.”

Diana W.
Hanover, Illinois

Chương trình Five Wishes được thiết lập bởi Aging with Dignity, một tổ chức bất vụ lợi có nhiệm vụ giúp đỡ mọi người lập kế hoạch và nhận được dịch vụ chăm sóc sức khỏe theo đúng nguyện vọng khi đau bệnh nặng. Chương trình Five Wishes được hội The Robert Wood Johnson Foundation tài trợ.

Five Wishes was created by Aging with Dignity, a nonprofit organization with a mission to help people plan and receive the care they want in case of a serious illness. Development of Five Wishes was made possible by a grant from The Robert Wood Johnson Foundation.

Aging with Dignity

P.O. Box 1661
Tallahassee, Florida 32302-1661
www.agingwithdignity.org
1-888-594-7437

Các bản dịch Five Wishes được tài trợ
qua sự giúp đỡ của

Translations of Five Wishes made
possible through support from



United Health FoundationSM

Các dịch vụ phiên dịch chuyên nghiệp được cung cấp bởi

Professional translation services provided by

Language Services Associates

Năm Nguyên Vọng là thương hiệu của tổ chức Aging with Dignity. Giữ mọi bản quyền. Các nội dung trong ấn phẩm này là tài liệu được cấp bản quyền của Aging with Dignity. Không được phép tái bản hoặc lưu trữ bất cứ phần nào trong ấn phẩm này bằng bất cứ hình thức nào hoặc phương tiện nào, cho dù qua mạng điện tử hay qua máy móc, trong đó bao gồm cả bản sao, bản thu âm hoặc bất cứ hệ thống lưu giữ và truy hồi thông tin nào, mà không có văn bản đồng ý của Aging with Dignity. Mặc dù các nội dung trong văn kiện này đã được cấp bản quyền, quý vị được phép sao chụp các nội dung đó để cung cấp một bản Năm Nguyên Vọng đã điền cho bác sĩ, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe, người nhà, hoặc người thân khác của quý vị. Tất cả các trường hợp tái bản hoặc sử dụng Năm Nguyên Vọng khác đều phải có sự đồng ý của tổ chức Aging with Dignity. Tổ chức Aging with Dignity muốn cảm ơn Cơ Quan Oregon Health Decisions vì đã góp phần biên soạn nguyện vọng số hai, và cảm ơn cô Kate Callahan, ông Charles Sabatino, và cô Tere Saenz vì đã giúp đỡ chúng tôi.

(5/07) © 2007 Aging with Dignity, PO Box 1661, Tallahassee, Florida 32302-1661 • www.agingwithdignity.org • 1-888-594-7437

Five Wishes is a trademark of Aging with Dignity. All rights reserved. The contents of this publication are copyrighted materials of Aging with Dignity. No part of this publication may be reproduced or transmitted in any form or by any means, electronic or mechanical, including photocopy, recording, or any information storage and retrieval system, without written permission from Aging with Dignity. While the contents of this document are copyrighted, you are permitted to photocopy them to provide a copy of your completed Five Wishes form to your physician, care provider, Health Care Agent, family members, or other loved ones. All other reproductions or uses of Five Wishes require permission from Aging with Dignity. Aging with Dignity wishes to thank Oregon Health Decisions for contributing to the drafting of wish number two, and Kate Callahan, Charles Sabatino, and Tere Saenz for their help.

(5/07) © 2007 Aging with Dignity, PO Box 1661, Tallahassee, Florida 32302-1661 • www.agingwithdignity.org • 1-888-594-7437