



# Bổ nhiệm một Người Đại diện Chăm sóc Sức khỏe

Chỉ thị Trước Vermont cho các Quyết định Chăm sóc Sức khỏe

## Appointment of a Health Care Agent

VIETNAMESE

Vermont Advance Directive for Health Care Decisions

**TÊN CỦA BẠN**

YOUR NAME

**ĐỊA CHỈ**

ADDRESS

**THÀNH PHỐ**

CITY

**NGÀY SINH**

DATE OF BIRTH

**NGÀY**

DATE

**TIỂU BANG**

STATE

**ZIP**

ZIP

**Người đại diện chăm sóc sức khỏe** của bạn có thể đưa ra các quyết định chăm sóc sức khỏe cho bạn khi bạn không thể hoặc không muốn đưa ra quyết định cho chính mình. Bạn nên chọn một người mà bạn tin tưởng, người hiểu mong muốn của bạn và đồng ý đóng vai trò là người đại diện của bạn. Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của bạn **KHÔNG** thể là người đại diện của bạn trừ khi họ là người thân. Người đại diện của bạn **KHÔNG** thể là chủ sở hữu, nhà điều hành, nhân viên hoặc nhà thầu của một cơ sở chăm sóc dân cư, cơ sở chăm sóc sức khỏe hoặc cơ sở cải huấn nơi bạn cư trú tại thời điểm chỉ thị trước của bạn được hoàn thành.

Your health care agent can make health care decisions for you when you are unable or unwilling to make decisions for yourself. You should pick someone that you trust, who understands your wishes and agrees to act as your agent. Your health care provider may **NOT** be your agent unless they are a relative. Your agent may **NOT** be the owner, operator, employee or contractor of a residential care facility, health care facility or correctional facility where you reside at the time your advance directive is completed.

Tôi chỉ định người này làm **NGƯỜI ĐẠI DIỆN** chăm sóc sức khỏe của tôi:

I appoint this person to be my health care **AGENT**:

**TÊN NGƯỜI ĐẠI DIỆN**

AGENT NAME

**EMAIL**

EMAIL

**ĐỊA CHỈ**

ADDRESS

**ĐIỆN THOẠI NHÀ**

HOME PHONE

**ĐIỆN THOẠI CƠ QUAN**

WORK PHONE

**ĐIỆN THOẠI DI ĐỘNG**

CELL PHONE

(Nếu bạn chỉ định **NHỮNG NGƯỜI ĐỒNG ĐẠI DIỆN**, hãy liệt kê họ trên một tờ giấy riêng biệt)

(If you appoint **CO-AGENTS**, list them on a separate sheet of paper)

Nếu người đại diện này bận rộn, không muốn hoặc không thể đóng vai trò là đại diện của tôi, tôi chỉ định người này làm **NGƯỜI ĐẠI DIỆN THAY THẾ CỦA TÔI**:

If this agent is unavailable, unwilling or unable to act as my agent, I appoint this person as my **ALTERNATE AGENT**:

**TÊN NGƯỜI ĐẠI DIỆN THAY THẾ**

ALTERNATE AGENT NAME

**EMAIL**

EMAIL

**ĐỊA CHỈ**

ADDRESS

**ĐIỆN THOẠI NHÀ**

HOME PHONE

**ĐIỆN THOẠI CƠ QUAN**

WORK PHONE

**ĐIỆN THOẠI DI ĐỘNG**

CELL PHONE

**Những người khác có thể được tư vấn về các quyết định y tế thay mặt tôi bao gồm:**

Others who may be consulted about medical decisions on my behalf include:

**Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (Bác sĩ, Trợ lý bác sĩ hoặc Y tá thực tập):**

Primary care provider (Physician, PA or Nurse Practitioner):

**TÊN**

NAME

**ĐIỆN THOẠI**

PHONE

**ĐỊA CHỈ**

ADDRESS

**TÊN**

NAME

**ĐIỆN THOẠI**

PHONE

**ĐỊA CHỈ**

ADDRESS

**Những người KHÔNG nên được tư vấn bao gồm:**

Those who should NOT be consulted include:

TÊN  
NAME

NGÀY SINH  
DOB

NGÀY  
DATE

## Nhận xét Chung về các Mục tiêu Chăm sóc Sức khỏe của Tôi:

General Comments About My Health Care Goals:

### KÝ TUYÊN BỐ MONG MUỐN/ SIGNED DECLARATION OF WISHES

Bạn phải ký tên vào tuyên bố này với sự hiện diện của HAI nhân chứng trưởng thành. Những người sau đây **không** được ký tên làm nhân chứng: người đại diện của bạn, vợ/chồng, cha mẹ, anh chị em, con cái hoặc cháu.

You must sign this in the presence of TWO adult witnesses. The following people may **not** sign as witnesses:  
your agent(s), spouse, parents, siblings, children or grandchildren.

Tôi tuyên bố rằng tài liệu này phản ánh mong muốn về chăm sóc sức khỏe của tôi và tôi đang ký Chỉ thị Trước này một cách tự nguyện.

I declare that this document reflects my health care wishes and that I am signing this Advance Directive of my own free will.

ĐÃ KÝ

SIGNED .....

NGÀY

DATE

Tôi khẳng định rằng người ký tên có hiểu bản chất của chỉ thị trước này và không bị cưỡng ép hoặc ảnh hưởng quá mức tại thời điểm tài liệu này được ký. (Vui lòng ký và viết hoa)

I affirm that the signer appeared to understand the nature of this advance directive and to be free from duress or undue influence at the time this was signed. (Please sign and print)

### NHÂN CHỨNG 1 (TÊN VIẾT HOA)

WITNESS 1 (PRINT NAME)

CHỮ KÝ

SIGNATURE .....

NGÀY

DATE

### NHÂN CHỨNG 2 (TÊN VIẾT HOA)

WITNESS 2 (PRINT NAME)

CHỮ KÝ

SIGNATURE .....

NGÀY

DATE

Nếu người ký tài liệu này đang được nhận vào hoặc là bệnh nhân hiện tại trong **bệnh viện**, một trong những người sau đây phải ký tên và khẳng định rằng họ đã giải thích bản chất và tác động của chỉ thị trước và bệnh nhân dường như hiểu và không bị cưỡng ép hoặc ảnh hưởng quá mức tại thời điểm ký kết: *người giải thích của bệnh viện được chỉ định, thanh tra viên, đại diện bệnh nhân sức khỏe tâm thần, thành viên được công nhận của giới tu sĩ, luật sư Vermont, hoặc người được chỉ thị của Tòa án Chứng thực.*

If the person signing this document is being admitted to or is a current patient in a **hospital**, one of the following must sign and affirm that they have explained the nature and effect of the advance directive and the patient appeared to understand and be free from duress or undue influence at the time of signing: *designated hospital explainer, ombudsman, mental health patient representative, recognized member of the clergy, Vermont attorney, or Probate Court designee.*

Nếu người ký tài liệu này chuẩn bị được nhận vào hoặc là một cư dân trong **viện dưỡng lão hoặc cơ sở chăm sóc dân cư**, một trong những người sau đây phải ký và khẳng định rằng họ đã giải thích bản chất và tác động của chỉ thị trước và cư dân này dường như hiểu và không bị cưỡng ép hoặc ảnh hưởng quá mức tại thời điểm ký kết: *thanh tra viên, thành viên được công nhận của giới tu sĩ, luật sư Vermont, hoặc người được chỉ thị của Tòa án Chứng thực, người giải thích của bệnh viện được chỉ định, đại diện bệnh nhân sức khỏe tâm thần, bác sĩ lâm sàng không phải nhân viên của cơ sở, hoặc tình nguyện viên nhà dưỡng lão/cơ sở chăm sóc cư dân được đào tạo phù hợp.*

If the person signing this document is being admitted to or is a resident in a **nursing home or residential care facility**, one of the following must sign and affirm that they have explained the nature and effect of the advance directive and the resident appeared to understand and be free from duress or undue influence at the time of signing: *an ombudsman, recognized member of the clergy, Vermont attorney, Probate Court designee, designated hospital explainer, mental health patient representative, clinician not employed by the facility, or appropriately trained nursing home/residential care facility volunteer.*

### Người giải thích như đã nêu ở trên cũng có thể đóng vai trò là một trong hai nhân chứng bắt buộc.

The explainer as outlined above may also serve as one of the two required witnesses.

TÊN

NAME

CHỨC VỤ/VỊ TRÍ

TITLE/POSITION

DIỆN THOẠI

PHONE

ĐỊA CHỈ

ADDRESS

CHỮ KÝ

SIGNATURE .....

NGÀY

DATE

Những người sau đây có một bản sao của Chỉ thị Trước của tôi (vui lòng đánh dấu):

The following have a copy of my Advance Directive (please check):

**Cơ quan Đăng ký Chỉ thị Trước Vermont**

Vermont Advance Directive Registry

**Người đại diện chăm sóc sức khỏe**

Health care agent

**Bác sĩ/(Các) Nhà cung cấp:**

Doctor/Provider(s):

**(Các) bệnh viện:**

Hospital(s):

**(Các) thành viên gia đình:**

Family Member(s):

**NGÀY ĐĂNG KÝ:**

DATE REGISTERED:

**Người đại diện chăm sóc sức khỏe thay thế**

Alternate health care agent

**Cơ quan Đăng ký Chỉ thị Trước Vermont**  
**Thỏa thuận Đăng ký & Mẫu Ủy quyền để Thay đổi**  
**(Tài liệu A & B theo Quy tắc Chỉ thị Trước Vermont)**Vermont Advance Directive Registry  
Registration Agreement & Authorization to Change Form  
(Documents A & B per the Vermont Advance Directive Rule)**Hướng dẫn/ Directions**

1. Đọc Chính sách Đăng ký trên trang 3 và hoàn thành các phần liên quan bên dưới. Vui lòng đánh máy hoặc viết chữ in hoa rõ ràng. / Read the Registration Policy on page 3 and complete the relevant sections below. Please type or print clearly.
  - a. **Người Đăng ký lần đầu:** Hoàn thành Thông tin Người đăng ký Bắt buộc & Tài liệu A.  
First-time Registrants: Complete the Required Registrant Information & Document A.
  - b. **Cập nhật một Chỉ thị Trước đã có trên hồ sơ:** Hoàn thành Thông tin Người đăng ký Bắt buộc & Tài liệu B.  
Updating an Advance Directive already on file: Complete the Required Registrant Information & Document B.
2. Đính kèm một bản sao đã ký và được làm chứng của chỉ thị trước của bạn.  
Attach a signed and witnessed copy of your advance directive.
3. Đăng ký **phải** bao gồm một mẫu đơn Thỏa thuận Đăng ký đã hoàn thành và đã ký hoặc Ủy quyền để Thay đổi và một bản sao của tài liệu chỉ thị trước đã ký và có người làm chứng.  
Registrations must include a completed and signed Registration Agreement or Authorization to Change form and a copy of the signed and witnessed advance directive document.
4. Sau khi các mẫu đơn được hoàn thành và ký, hãy gửi các mẫu đơn qua email, thư **hoặc** fax:  
Once forms are completed and signed, send forms by email, mail or fax:

**Email tới:** [VADRSubmissions@uslwr.com](mailto:VADRSubmissions@uslwr.com)  
E-mail to:**Hoặc Gửi thư đến:** Vermont Advance Directive Registry (VADR)  
Or Mail to:PO Box 2789  
Westfield, NJ 07091-2789**Hoặc gửi Fax đến:** 908-654-1919  
Or Fax to:Để biết thêm thông tin, hãy truy cập: <http://healthvermont.gov/vadr/> hoặc gọi 1-888-548-9455  
For additional information visit: <http://healthvermont.gov/vadr/> or call 1-888-548-9455**Thông tin Người đăng ký Bắt buộc / Required Registrant Information****Tên:** Tên riêng \_\_\_\_\_ Tên đệm \_\_\_\_\_ Họ \_\_\_\_\_ Hậu tố \_\_\_\_\_  
Name: First \_\_\_\_\_ Middle \_\_\_\_\_ Last \_\_\_\_\_ Suffix \_\_\_\_\_**Ngày sinh:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Date of Birth: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_**Địa chỉ Gửi thư Chính:** \_\_\_\_\_  
Primary Mailing Address: \_\_\_\_\_**Thị trấn/Thành phố:** \_\_\_\_\_ **Tiểu bang:** \_\_\_\_\_ **Mã zip:** \_\_\_\_\_  
Town/City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip code: \_\_\_\_\_**Số Điện thoại:** Chính (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ **Khác:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Phone Number: Primary (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Other: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_**Bạn có muốn được liên lạc qua thư điện tử không?** **Không** **Có**  
Would you like to be contacted by e-mail? No Yes**Địa chỉ Email:** \_\_\_\_\_  
Email Address: \_\_\_\_\_**Địa chỉ gửi thư phụ (nếu có):** \_\_\_\_\_  
Secondary Mailing Address (if applicable): \_\_\_\_\_**Thị trấn/Thành phố:** \_\_\_\_\_ **Tiểu bang:** \_\_\_\_\_ **Mã zip:** \_\_\_\_\_  
Town/City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip code: \_\_\_\_\_**Đầu mối liên lạc khẩn cấp / Emergency Contacts****Chính:** Tên: \_\_\_\_\_  
Primary: Name: \_\_\_\_\_Mối quan hệ với Người đăng ký: \_\_\_\_\_ **Số Điện thoại:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Relationship to Registrant: \_\_\_\_\_ Phone Number: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_**Phụ:** Tên: \_\_\_\_\_  
Secondary: Name: \_\_\_\_\_Mối quan hệ với Người đăng ký: \_\_\_\_\_ **Số Điện thoại:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Relationship to Registrant: \_\_\_\_\_ Phone Number: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**THÔNG BÁO: Tất cả các giấy tờ nộp cho Cơ quan đăng ký phải bao gồm một bản sao của Chỉ thị Trước của người đăng ký đã được ký tên và có người làm chứng. Điều này áp dụng cho cả lần đầu nộp và các lần cập nhật các tài liệu hiện có.**

**NOTICE: All submissions to the Registry must include a signed and witnessed copy of the registrant's Advance Directive. This applies to both first-time submissions and updates to existing documents.**

**Tài liệu A: Thỏa thuận Đăng ký**  
Document A: Registration Agreement

Hoàn thành phần này **chỉ** khi đây là lần đầu tiên bạn đăng ký chỉ thị trước của bạn.  
Complete this section **only** if this is your first time registering your advance directive.

Tôi, \_\_\_\_\_ (**tên viết hoa**) yêu cầu chỉ thị trước của tôi được đăng ký trong Cơ quan đăng ký Chỉ thị Trước Vermont và ủy quyền truy cập theo quy định của luật pháp Vermont. Bằng cách ký dưới đây, tôi thừa nhận và khẳng định rằng: thông tin được cung cấp là chính xác; Tôi đã đọc, hiểu và đồng ý với các điều khoản của Chính sách đăng ký của Cơ quan đăng ký; Tôi sẽ bảo vệ số nhận dạng người đăng ký và thẻ ví của mình khỏi bị truy cập trái phép; và tôi sẽ thông báo ngay cho Cơ quan đăng ký bằng văn bản về những thay đổi đối với thông tin đăng ký hoặc chỉ thị trước của tôi. Tôi thực hiện thỏa thuận này một cách tự nguyện và không bị ép buộc, cưỡng bức hoặc ảnh hưởng quá mức bởi bất kỳ bên nào. Tôi hiểu rằng bất cứ ai có quyền truy cập vào thẻ ví của tôi đều có thể sử dụng thẻ đó để có truy cập vào các tài liệu và thông tin cá nhân của tôi. Ủy quyền này vẫn có hiệu lực cho đến khi tôi thu hồi nó.

I, \_\_\_\_\_ (**print name**) request that my advance directive be registered in the Vermont Advance Directive Registry, and authorize its access as allowed by Vermont law. By signing below, I acknowledge and affirm that: the information provided is accurate; I have read, understand, and agree to the terms of the Registry Registration Policy; I will safeguard my registrant identification number and wallet card from unauthorized access; and I will immediately notify the Registry in writing of changes to my registration information or advance directive. I execute this agreement voluntarily and without coercion, duress, or undue influence by any party. I understand that anyone who has access to my wallet card can use it to gain access to my documents and personal information. This authorization remains in effect until I revoke it.

**Chữ ký của Người đăng ký:**

Signature of Registrant: \_\_\_\_\_

**Ngày:**

Date: \_\_\_\_\_

**Tài liệu B: Ủy quyền để Thay đổi**  
Document B: Authorization to Change

**Chỉ** hoàn thành nếu bạn hiện đã đăng ký và đang cập nhật cho một chỉ thị trước đã có trong hồ sơ của cơ quan đăng ký.  
Complete **only** if you are currently registered and making updates to an advance directive already on file with the registry.

**Đánh dấu vào ô bên dưới có áp dụng cho hồ sơ nộp của bạn.**

Check the box below that applies to your submission.

**Sửa đổi:** Chọn ô này để sửa đổi chỉ thị trước hiện có của bạn. Lịch sử tài liệu trước sẽ được giữ lại trong hồ sơ của bạn.  
Amend: Check this box to amend your existing advance directive. Prior document history will be retained in your file.

**Thay thế:** Chọn ô này để thay thế chỉ thị trước hiện có của bạn. Lịch sử tài liệu trước sẽ không được giữ lại trong hồ sơ của bạn.  
Replace: Check this box to replace your existing advance directive. Prior document history will not be retained in your file.

**Đình chỉ:** Đánh dấu vào ô này để tạm thời vô hiệu hóa tất cả hoặc một phần chỉ thị trước của bạn trong một khoảng thời gian xác định. / Suspend: Check this box to temporarily inactivate all or part of your advance directive for a defined period of time.

**Ngày Bắt đầu:**

Begin Date: \_\_\_\_\_

**Ngày Kết thúc:**

End Date: \_\_\_\_\_

**Thu hồi:** Chọn ô này để xóa chỉ thị trước của bạn khỏi sổ đăng ký. (Đây là sự xóa bỏ vĩnh viễn khỏi Sổ đăng ký)  
Revoke: Check this box to delete your advance directive from the registry. (This is a permanent removal from the Registry)

Tôi, \_\_\_\_\_ (**tên viết hoa**) xác nhận rằng biểu mẫu này thể hiện chính xác những thay đổi tôi đã thực hiện và những thay đổi này là chính xác. Ngoài ra, tôi cho phép các thay đổi này được phản ánh trong Sổ đăng ký chỉ thị trước.

I, \_\_\_\_\_ (**print name**) certify that this form accurately represents the changes I have made, and these changes are accurate. Additionally, I authorize the changes to be reflected in the Advance Directive Registry.

**Chữ ký của Người đăng ký:**

Signature of Registrant: \_\_\_\_\_

**Ngày:**

Date: \_\_\_\_\_

## Chính sách Đăng ký / Registration Policy

Một chỉ thị trước là một tài liệu pháp lý truyền đạt mong muốn của một người liên quan đến việc điều trị chăm sóc sức khỏe của họ và lựa chọn kết thúc cuộc sống nếu họ trở nên mất hết khả năng hoặc không thể đưa ra những quyết định đó. Vermont Advance Directive Registry là một cơ sở dữ liệu cho phép mọi người lưu trữ điện tử một bản sao của tài liệu chỉ thị trước của họ trong một cơ sở dữ liệu an toàn. Cơ sở dữ liệu đó có thể được truy cập khi cần thiết bởi các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe được ủy quyền, các cơ sở chăm sóc sức khỏe, cơ sở chăm sóc dân cư, giám đốc tang lễ và người vận hành cơ sở hỏa táng. Để biết thêm thông tin, hãy truy cập: <http://healthvermont.gov/vadr/>.

An advance directive is a legal document that conveys a person's wishes regarding their health care treatment and end of life choices should they become incapacitated or otherwise unable to make those decisions. The Vermont Advance Directive Registry is a database that allows people to electronically store a copy of their advance directive document in a secure database. That database may be accessed when needed by authorized health care providers, health care facilities, residential care facilities, funeral directors, and crematory operators. For more information, visit: <http://healthvermont.gov/vadr/>.

**1. Để đăng ký một chỉ thị trước, người đăng ký phải hoàn thành và gửi mẫu Thỏa thuận Đăng ký cùng với một bản sao của tài liệu chỉ thị trước đến:**

To register an advance directive, the registrant must complete and send the Registration Agreement form along with a copy of the advance directive document to:

Vermont Advance Directive Registry  
PO Box 2789  
Westfield, New Jersey 07091-2789

**2. Khi nhận được Thỏa thuận Đăng ký và tệp đính kèm, Cơ quan đăng ký sẽ quét chỉ thị trước và lưu trữ nó trong cơ sở dữ liệu cùng với thông tin nhận dạng người đăng ký từ Thỏa thuận Đăng ký. Cơ quan đăng ký sẽ gửi thư xác nhận cho người đăng ký cùng với số đăng ký, hướng dẫn sử dụng số đăng ký này để truy cập các tài liệu tại trang web Đăng ký, thẻ ví và nhãn dán để dán vào bằng lái xe hoặc thẻ bảo hiểm. Việc đăng ký không có hiệu lực cho đến khi nhận được thư xác nhận và tài liệu đăng ký được thực hiện bởi người đăng ký.**

Upon receipt of the Registration Agreement and attachments, the Registry will scan the advance directive and store it in the database along with registrant identifying information from the Registration Agreement. The Registry will send a confirmation letter to the registrant along with a registration number, instructions for using the registration number to access documents at the Registry website, a wallet card, and stickers to affix to a driver's license or insurance card. The registration is not effective until receipt of the confirmation letter and registration materials is made by registrant.

**3. Người đăng ký nên chia sẻ số đăng ký từ thẻ ví với bất kỳ ai cần có quyền truy cập vào các chỉ thị trước của họ, ví dụ: người đại diện, thành viên gia đình hoặc bác sĩ của người đăng ký. Bất cứ ai cũng có thể truy cập chỉ thị trước của một người bằng cách sử dụng số đăng ký. Ngoài ra, khi số đăng ký không có sẵn, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe được ủy quyền có thể tìm kiếm chỉ thị trước của một người cụ thể trong Sổ đăng ký bằng cách sử dụng thông tin nhận dạng cá nhân của người đăng ký.**

Registrants should share the registration number from the wallet card with anyone that should have access to their advance directives: for example, the registrant's agent, family members, or physician. Anyone may access a person's advance directive using the registration number. Additionally, when the registration number is not readily available, an authorized health care provider can search the Registry for a specific person's advance directive using a registrant's personal identifying information.

**4. Người đăng ký chịu trách nhiệm đảm bảo rằng:**

The registrant is responsible for ensuring that:

**a. Chỉ thị trước được thực hiện đúng theo luật pháp của tiểu bang Vermont.**

The advance directive is properly executed in accordance with the laws of the state of Vermont.

**b. Bản sao của chỉ thị trước được gửi đến Cơ quan đăng ký, nếu bản sao của bản gốc, là chính xác và có thể đọc được.**

The copy of the advance directive sent to the Registry, if a photocopy of the original, is correct and readable.

**c. Thông tin trong cả Thỏa thuận Đăng ký và các tài liệu chỉ thị trước là chính xác và cập nhật.**

The information in both the Registration Agreement and advance directive documents is accurate and up to date.

**d. Cơ quan đăng ký được thông báo càng sớm càng tốt về bất kỳ thay đổi nào đối với chỉ thị trước hoặc thông tin đăng ký bằng cách hoàn thành và gửi biểu mẫu Ủy quyền Thay đổi với các thay đổi được thêm vào, hoặc tốt nhất là với một bản sao cập nhật của chỉ thị trước cho Cơ quan đăng ký.**

The Registry is notified as soon as possible of any changes to the advance directive or registration information by completing and submitting an Authorization to Change form with the changes appended, or preferably, with an updated copy of the advance directive to the Registry.

**5. Đăng ký ban đầu cũng như những thay đổi tiếp theo và các cập nhật thông tin đăng ký hoặc các tài liệu chỉ thị trước là miễn phí.**

Initial registration as well as subsequent changes and updates to the registration information or the advance directive documents are free of charge.

**6. Thỏa thuận Đăng ký sẽ vẫn có hiệu lực cho đến khi Cơ quan đăng ký nhận được thông tin đáng tin cậy rằng người đăng ký đã qua đời, hoặc người đăng ký yêu cầu chấm dứt Thỏa thuận Đăng ký bằng văn bản. Khi Thỏa thuận bị chấm dứt, Cơ quan đăng ký sẽ xóa chỉ thị trước của người đăng ký khỏi cơ sở dữ liệu Đăng ký và các nhà cung cấp sẽ không còn có thể truy cập tệp này nữa.**

The Registration Agreement shall remain in effect until the Registry receives reliable information that the registrant is deceased, or the registrant requests in writing that the Registration Agreement be terminated. When the Agreement is terminated, the Registry will remove registrant's advance directive from the Registry database, and the file will no longer be accessible to providers.

**7. Chỉ có Cơ quan đăng ký mới có thể thay đổi các điều khoản của Thỏa thuận Đăng ký.**

Only the Registry can change the terms of the Registration Agreement.