



Chỉ thị Trước Vermont về Chăm sóc Sức khỏe

Do Vermont Ethics Network chuẩn bị

Vermont Advance Directive for Health Care

Prepared by the Vermont Ethics Network

VIETNAMESE

GIẢI THÍCH & HƯỚNG DẪN EXPLANATION & INSTRUCTIONS

- **Bạn có quyền:** / You have the right to:
 1. **Nêu tên một người khác để đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho bạn khi hoặc nếu bạn không thể tự làm cho mình.**
Name someone else to make health care decisions for you when or if you are unable to make them yourself.
 2. **Đưa ra hướng dẫn về những loại chăm sóc sức khỏe mà bạn muốn hoặc không muốn.**
Give instructions about what types of health care you want or do not want.
- **Điều quan trọng là phải nói chuyện với những người gần gũi nhất với bạn và với các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của bạn về các mục tiêu, mong muốn và ưu tiên điều trị của bạn.**
It is important to talk with those people closest to you and with your health care providers about your goals, wishes and preferences for treatment.
- **Bạn có thể sử dụng toàn bộ mẫu đơn này hoặc bạn có thể sử dụng bất kỳ phần nào của nó. Ví dụ: nếu bạn chỉ muốn chọn một đại diện trong Phần Một, bạn có thể chỉ cần điền phần đó và sau đó chuyển đến Phần Năm để ký tên trước sự hiện diện của các nhân chứng thích hợp.**
You may use this form in its entirety or you may use any part of it. For example, if you only want to choose an agent in Part One, you may fill out just that section and then go to Part Five to sign in the presence of appropriate witnesses.
- **Bạn được tự do sử dụng mẫu đơn khác miễn là có người làm chứng phù hợp. Các mẫu đơn chi tiết hơn sẽ cung cấp nhiều lựa chọn hơn và thông tin về ưu tiên chăm sóc sức khỏe tâm thần có trên trang web VEN tại địa chỉ www.vtethicsnetwork.org.**
You are free to use another form so long as it is properly witnessed. More detailed forms providing greater options and information regarding mental health care preference can be found on the VEN website at www.vtethicsnetwork.org.

Phần MỘT của biểu mẫu này cho phép bạn đặt một người là “**đại diện**” của bạn để đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho bạn nếu bạn không thể hoặc không muốn đưa ra quyết định của riêng mình. Bạn cũng có thể nêu tên các đại diện thay thế. Bạn nên chọn một người mà bạn tin tưởng, là người sẽ cảm thấy thoải mái khi đưa ra những quyết định khó khăn thay mặt bạn. Họ nên được hướng dẫn tuân theo các nguyên tắc của bạn khi đưa ra lựa chọn cho bạn và **đồng ý** đóng vai trò là người đại diện của bạn. Bạn có thể điền vào mẫu Chỉ thị Trước nêu rõ ưu tiên về y tế của bạn ngay cả khi bạn không nêu rõ tên một người đại diện. Các nhà cung cấp dịch vụ y tế sẽ làm theo hướng dẫn của bạn trong Chỉ thị Trước một cách tốt nhất mà họ có thể mà không cần có người đại diện, nhưng việc có một người được chỉ định là đại diện của bạn để đưa ra các quyết định cho bạn sẽ giúp các nhà cung cấp dịch vụ y tế và những người chăm sóc bạn đưa ra các quyết định tốt nhất trong các tình huống có thể chưa được nêu chi tiết trong Chỉ thị Trước của bạn. Theo luật Vermont, thân nhân gần nhất sẽ không tự động đưa ra các quyết định thay mặt bạn nếu bạn không thể đưa ra quyết định. Đó là lý do tại sao tốt nhất là chỉ định trước một người nào đó mà bạn chọn.

Part ONE of this form allows you to name a person as your “**agent**” to make health care decisions for you if you become unable or unwilling to make your own decisions. You may also name alternate agents. You should choose someone you trust, who will be comfortable making what might be hard decisions on your behalf. They should be guided by your values in making choices for you **and agree** to act as your agent. You may fill out the Advance Directive form stating your medical preferences *even if you do not identify an agent*. Medical providers will follow your directions in the Advance Directive without an agent to their best ability, but having a person designated as your agent to make decisions for you will help medical providers and those who care for you make the best decisions in situations that may not have been detailed in your Advance Directive. According to Vermont law, next-of-kin will not automatically make decisions on your behalf if you are unable to do so. That is why it is best to appoint someone of your choosing in advance.

Phần HAI của biểu mẫu này cho phép bạn nêu rõ **Mục tiêu & Mong muốn Điều trị**. Các lựa chọn được cung cấp để bạn bày tỏ mong muốn của bạn về việc có, không có, hoặc ngừng điều trị trong các trường hợp nhất định. Chỗ trống cũng được cung cấp để bạn viết ra bất kỳ mong muốn bổ sung hoặc cụ thể nào dựa trên các nguyên tắc, tình trạng sức khỏe hoặc niềm tin của bạn.

Part TWO of this form lets you state **Treatment Goals & Wishes**. Choices are provided for you to express your wishes about having, not having, or stopping treatment under certain circumstances. Space is also provided for you to write out any additional or specific wishes based on your values, health condition or beliefs.

Phần BA của biểu mẫu này cho phép bạn bày tỏ mong muốn của mình về **Giới hạn Điều trị**. Những phương pháp điều trị này bao gồm CPR, máy thở, ống cho ăn và thuốc kháng sinh. Có chỗ để bạn viết bất kỳ mong muốn bổ sung nào. **LƯU Ý:** Nếu bạn **KHÔNG** muốn CPR, máy thở, ống cho ăn hoặc kháng sinh, vui lòng thảo luận điều này với bác sĩ của bạn, người có thể hoàn thành **chỉ thị DNR/COLST** (Không Tỉnh lại/Chỉ thị Lâm sàng Điều trị Kéo dài Sự sống) để đảm bảo rằng bạn không nhận được các phương pháp điều trị mà bạn không muốn, đặc biệt là trong trường hợp khẩn cấp. Nhân viên Y tế Khẩn cấp được yêu cầu cung cấp cho bạn phương pháp điều trị cứu sống trừ khi họ có chỉ thị DNR/COLST đã ký trong đó nêu rõ một số hạn chế điều trị. Nếu không có chỉ thị DNR/COLST, nhóm y tế khẩn cấp sẽ thực hiện CPR vì họ sẽ không có thời gian để tham vấn Chỉ thị Trước, gia đình, người đại diện hoặc bác sĩ của bạn.

Part THREE of this form lets you express your wishes about **Limitations of Treatment**. These treatments include CPR, breathing machines, feeding tubes, and antibiotics. There is space for you to write any additional wishes. **NOTE:** If you **DO NOT** want CPR, a breathing machine, a feeding tube, or antibiotics, please discuss this with your doctor, who can complete a **DNR/COLST order** (Do Not Resuscitate/Clinician Order for Life Sustaining Treatment) to

ensure that you do not receive treatments you do not want, especially in an emergency. Emergency Medical Personnel are required to provide you with life-saving treatment unless they have a signed DNR/COLST order specifying some limitation of treatment. If there is no DNR/COLST order the emergency medical team will perform CPR as they will not have time to consult an Advance Directive, your family, agent, or physician.

Phần BỐN của mẫu đơn này cho phép bạn bày tỏ mong muốn của mình liên quan đến việc **hiến tặng bộ phận cơ thể/mô & các ưu tiên cho tang lễ, việc chôn cất và bố trí** hài cốt của bạn.

Part FOUR of this form allows you to express your wishes related to **organ/tissue donation & preferences for funeral, burial and disposition** of your remains.

Phần NĂM là dành cho chữ ký. Bạn phải ký và ghi ngày vào mẫu đơn với sự hiện diện của hai nhân chứng trưởng thành. Những người sau đây **không** thể là nhân chứng: người đại diện của bạn và các đại diện thay thế; vợ/chồng hoặc bạn đời của bạn; cha mẹ; anh chị em ruột; con cái hoặc cháu.

Bạn nên cung cấp bản sao của mẫu đơn đã hoàn thành cho đại diện của bạn và (các) đại diện thay thế, cho bác sĩ của bạn, gia đình của bạn và cho bất kỳ cơ sở chăm sóc sức khỏe nơi bạn cư trú hoặc là nơi bạn có khả năng nhận được dịch vụ chăm sóc. Xin ghi lại ai là người có bản sao Chỉ thị Trước của bạn để cập nhật chỉ thị này nếu các ưu tiên của bạn thay đổi.

Bạn cũng được khuyến khích gửi một bản sao của Chỉ thị Trước của bạn đến Cơ quan đăng ký Chỉ thị Trước Vermont với Mẫu Thỏa thuận Đăng ký được có ở cuối tài liệu này.

Bạn có quyền thu hồi toàn bộ hoặc một phần của Chỉ thị trước về Chăm sóc Sức khỏe này hoặc thay thế mẫu đơn này bất cứ lúc nào. Nếu bạn thu hồi nó, tất cả các bản sao cũ sẽ bị hủy. Nếu bạn thực hiện thay đổi và đã gửi một bản sao tài liệu gốc của bạn đến Cơ quan Đăng ký Chỉ thị Trước Vermont, hãy chắc chắn gửi cho họ một bản sao mới hoặc một mẫu đơn thông báo về thay đổi với thông tin cần thiết để cập nhật Chỉ thị Trước của bạn ở đó.

Part FIVE is for signatures. You must sign and date the form in the presence of two adult witnesses. The following persons may not be witnesses: your agent and alternate agents; your spouse or partner; parents; siblings; children or grandchildren.

You should give copies of the completed form to your agent and alternate agent(s), to your physician, your family and to any health care facility where you reside or at which you are likely to receive care. Please note who has a copy of your Advance Directive so it may be updated if your preferences change.

You are also encouraged to send a copy of your Advance Directive to the Vermont Advance Directive Registry with the Registration Agreement Form found at the end of this document.

You have the right to revoke all or part of this Advance Directive for Health Care or replace this form at any time. If you do revoke it, all old copies should be destroyed. If you make changes and have sent a copy of your original document to the Vermont Advance Directive Registry, be sure to send them a new copy or a notification of change form with information needed to update your Advance Directive there.



STEP
2
**TAKING
STEPS
VERMONT**

A Comprehensive Guide to Medical Decision-Making

Includes advance directive form to
appoint a health care agent and
document treatment preferences

VERMONT
ETHICS
NETWORK
— Advancing —
Health Care Ethics

A publication by the Vermont Ethics Network

Bạn có thể muốn đọc tập sách *Taking Steps* để giúp bạn suy nghĩ và thảo luận về các lựa chọn và tình huống khác nhau với (những) người đại diện hoặc những người thân yêu của bạn.

You may wish to read the booklet *Taking Steps* to help you think about and discuss different choices and situations with your agent(s) or loved ones.

Bạn có thể mua bản sao của *Taking Steps* từ:
Copies of *Taking Steps* can be purchased from:

Vermont Ethics Network

61 Elm Street

Montpelier, VT 05602.

Số Điện thoại (Tel) (802) 828-2909

Fax (Fax) (802) 828-2646

www.vtethicsnetwork.org

Để biết thông tin về Cơ quan Đăng ký Chỉ thị Trước Vermont, hãy truy cập: / For information about the Vermont Advance Directive Registry visit:

Trang web VEN: www.vtethicsnetwork.org
VEN website

hoặc / or

Trang web của Cơ quan đăng ký tại Sở Y tế Vermont:

Registry website at the Vermont Department of Health:
www.healthvermont.gov/vadr



Chỉ thị Trước Vermont về Chăm sóc Sức khỏe

Vermont Advance Directive for Health Care

TÊN CỦA BẠN
YOUR NAME

ĐỊA CHỈ
ADDRESS

THÀNH PHỐ
CITY

NGÀY SINH
DATE OF BIRTH

TỈNH BANG
STATE

NGÀY
DATE

ZIP
ZIP

PHẦN MỘT: ĐẠI DIỆN CHĂM SÓC SỨC KHỎE CỦA BẠN PART ONE: YOUR HEALTH CARE AGENT

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 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

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

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

ĐỊA CHỈ
ADDRESS

TÊN
NAME

ĐỊA CHỈ
ADDRESS

ĐIỆN THOẠI
PHONE

ĐIỆN THOẠI
PHONE

Những người KHÔNG nên được tư vấn bao gồm:

Those who should NOT be consulted include:

TÊN
NAMENGÀY SINH
DOBNGÀY
DATE

Tôi muốn Chỉ thị Trước của tôi bắt đầu: / I want my Advance Directive to start:

Khi tôi không thể đưa ra quyết định của chính mình
When I cannot make my own decisionsBây giờ
NowKhi điều này xảy ra:
When this happens:**PHẦN HAI: MỤC TIÊU CHĂM SÓC SỨC KHỎE VÀ MONG MUỐN VỀ MẶT TINH THẦN**
PART TWO: HEALTH CARE GOALS AND SPIRITUAL WISHES

Các mục tiêu chăm sóc sức khỏe tổng thể của tôi bao gồm: / My overall health care goals include:

Tôi muốn cuộc sống của tôi được duy trì càng lâu càng tốt bằng bất kỳ phương tiện y tế nào.
I want to have my life sustained as long as possible by any medical means.Tôi muốn điều trị để duy trì cuộc sống của tôi chỉ khi tôi sẽ:
I want treatment to sustain my life only if I will:có thể giao tiếp với bạn bè và gia đình.
be able to communicate with friends and family.
có thể chăm sóc cho chính bản thân tôi.
be able to care for myself.
sống mà không bị đau đớn.
live without incapacitating pain.
tỉnh táo và nhận thức được môi trường xung quanh mình.
be conscious and aware of my surroundings.Tôi chỉ muốn điều trị hướng tới sự thoải mái của tôi.
I only want treatment directed toward my comfort.

Các Mục tiêu bổ sung, Mong muốn, hoặc Niềm tin tôi muốn thể hiện bao gồm:

Additional Goals, Wishes, or Beliefs I wish to express include:

Mọi người phải thông báo nếu tôi có một căn bệnh đe dọa tính mạng:

People to notify if I have a life-threatening illness:

Nếu tôi đang hấp hối, điều quan trọng đối với tôi là (đánh dấu vào lựa chọn):

If I am dying it is important for me to be (check choice):

Ở nhà

At home

Trong bệnh viện

In the hospital

Khác:

Other:

Không có ưu tiên

No preference

Mong muốn về Chăm sóc Tinh thần của tôi bao gồm:

My Spiritual Care Wishes include:

Tôn giáo/Đức tin của tôi:

My Religion/Faith:

NƠI THỜ CÚNG

PLACE OF WORSHIP

ĐIỆN THOẠI

PHONE

ĐỊA CHỈ

ADDRESS

Các đồ vật hoặc âm nhạc hoặc bài đọc sau đây sẽ là một nguồn an ủi đối với tôi:

The following items or music or readings would be a comfort to me:

TÊN
NAMENGÀY SINH
DOBNGÀY
DATE**PHẦN BA: GIỚI HẠN ĐIỀU TRỊ**
PART THREE: LIMITATIONS OF TREATMENT

Bạn có thể quyết định loại điều trị bạn muốn hoặc không muốn nếu bạn bị bệnh nặng hoặc hấp hối. Bất kể các giới hạn điều trị nào được nêu ra, bạn có quyền được kiểm soát cơn đau và các triệu chứng của mình (buồn nôn, mệt mỏi, khó thở). Trừ khi các giới hạn điều trị được nêu rõ, đội ngũ y tế được yêu cầu và mong đợi sẽ làm mọi thứ có thể để cứu mạng sống của bạn.

You can decide what kind of treatment you want or don't want if you become seriously ill or are dying. Regardless of the treatment limitations expressed, you have the right to have your pain and symptoms (nausea, fatigue, shortness of breath) managed. Unless treatment limitations are stated, the medical team is required and expected to do everything possible to save your life.

1. Nếu trái tim tôi ngừng đập (chọn một):

If my heart stops (choose one):

Tôi **CÓ** muốn CPR được thực hiện để cố gắng kích hoạt lại tim của tôi.
I **DO** want CPR done to try to restart my heart.

Tôi **KHÔNG** muốn CPR được thực hiện để cố gắng kích hoạt lại tim của tôi.
I **DON'T** want CPR done to try to restart my heart.

CPR có nghĩa là hồi sức tim mạch (tim) -phổi (phổi), bao gồm ép mạnh ngực, sử dụng kích thích điện, thuốc để hỗ trợ hoặc phục hồi chức năng tim, và hô hấp nhân tạo (buộc không khí vào phổi của bạn).

CPR means cardio (heart)-pulmonary (lung) resuscitation, including vigorous compressions of the chest, use of electrical stimulation, medications to support or restore heart function, and rescue breaths (forcing air into your lungs).

2. Nếu tôi không thể tự thở (chọn một):

If I am unable to breathe on my own (choose one):

Tôi **CÓ** muốn một máy thở mà không có bất kỳ giới hạn thời gian nào.
I **DO** want a breathing machine without any time limit.

Tôi muốn có một máy thở trong một thời gian ngắn để xem liệu tôi sẽ sống sót hay khỏe hơn không.
I want to have a breathing machine for a short time to see if I will survive or get better.

Tôi **KHÔNG** muốn có máy thở trong **BẤT KỲ** khoảng thời gian nào.
I **DO NOT** want a breathing machine for **ANY** length of time.

*"Máy thở" đề cập đến một thiết bị di chuyển không khí vào và ra khỏi phổi của bạn một cách cơ học ví dụ như máy thông khí.
"Breathing machine" refers to a device that mechanically moves air into and out of your lungs such as a ventilator.*

3. Nếu tôi không thể nuốt đủ thức ăn hoặc nước để sống (chọn một):

If I am unable to swallow enough food or water to stay alive (choose one):

Tôi **CÓ** muốn một ống cho ăn mà không có bất kỳ giới hạn thời gian nào.
I **DO** want a feeding tube without any time limits.

Tôi muốn có một ống cho ăn trong một thời gian ngắn để xem liệu tôi có sống sót hay khỏe hơn không. / I want to have a feeding tube for a short time to see if I will survive or get better.

Tôi **KHÔNG** muốn một ống cho ăn trong bất kỳ khoảng thời gian nào.
I **DO NOT** want a feeding tube for any length of time.

LƯU Ý: Nếu bạn đang được điều trị ở một tiểu bang khác, người đại diện của bạn không thể tự động có thẩm quyền giữ lại hoặc rút ống cho ăn. Nếu bạn muốn người đại diện của bạn quyết định về ống cho ăn, vui lòng đánh dấu vào ô bên dưới.

NOTE: If you are being treated in another state your agent may not automatically have the authority to withhold or withdraw a feeding tube. If you wish to have your agent decide about feeding tubes please check the box below.

Tôi cho phép người đại diện của mình đưa ra quyết định về ống cho ăn.
I authorize my agent to make decisions about feeding tubes.

4. Nếu tôi bị bệnh nan y hoặc bệnh nặng đến mức tôi không có khả năng trở nên khỏe hơn (chọn một):

If I am terminally ill or so ill that I am unlikely to get better (choose one):

Tôi **CÓ** muốn thuốc kháng sinh hoặc thuốc khác để chống nhiễm trùng.
I **DO** want antibiotics or other medication to fight infection.

Tôi **KHÔNG** muốn thuốc kháng sinh hoặc thuốc khác để chống nhiễm trùng.
I **DON'T** want antibiotics or other medication to fight infection.

Nếu bạn đã tuyên bố rằng bạn **KHÔNG** muốn CPR, máy thở, ống cho ăn hoặc kháng sinh trong bất kỳ trường hợp nào, vui lòng thảo luận điều này với bác sĩ của bạn, người có thể hoàn thành mẫu đơn DNR/COLST để đảm bảo bạn không nhận được các phương pháp điều trị mà bạn không muốn, đặc biệt là trong tình huống khẩn cấp. Chỉ thị DNR/COLST sẽ được tuân theo bên ngoài cơ sở bệnh viện. / If you have stated you **DO NOT** want CPR, a breathing machine, a feeding tube, or antibiotics under any circumstances, please discuss this with your doctor who can complete a DNR/COLST form to ensure you don't receive treatments you don't want, particularly in an emergency situation. A DNR/COLST order will be honored outside of the hospital setting.

Các Hạn chế bổ sung về Điều trị tôi muốn bao gồm:

Additional Limitations of Treatment I wish to include:

TÊN
NAME

NGÀY SINH
DOB

NGÀY
DATE

PHẦN BỐN: HIẾN TẶNG BỘ PHẬN CƠ THỂ/MÔ & CHÔN CẮT/BỐ TRÍ HÀI CỐT
PART FOUR: ORGAN/TISSUE DONATION & BURIAL/DISPOSITION OF REMAINS

Các mong muốn của tôi về hiến tặng bộ phận cơ thể & mô (đánh dấu vào các lựa chọn của bạn):

My wishes for organ & tissue donation (check your choices):

Tôi đồng ý hiến tặng các bộ phận cơ thể & mô sau:

I consent to donate the following organs & tissues:

Bất kỳ bộ phận cần thiết nào

Any needed organs

Bất kỳ mô cần thiết nào (da, xương, giác mạc)

Any needed tissue (skin, bone, cornea)

Tôi không đồng ý hiến tặng các bộ phận cơ thể & mô sau:

I do not wish to donate the following organs and tissues:

Tôi không muốn hiến tặng bất kỳ bộ phận cơ thể hoặc mô nào

I do not want to donate any organs or tissues

Tôi muốn đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi quyết định

I want my health care agent to decide

Tôi muốn hiến tặng cơ thể của mình cho (các) chương trình nghiên cứu hoặc giáo dục. (Lưu ý: bạn sẽ phải tự sắp xếp trước với trường y hoặc chương trình khác.)

I wish to donate my body to research or educational program(s). (Note: you will have to make your own arrangements with a medical school or other program in advance.)

Chỉ dẫn của tôi cho việc Chôn cất/Bố trí Hài cốt của tôi sau khi Tôi Qua đời (đánh dấu & hoàn thành):

My Directions for Burial/Disposition of My Remains after I Die (check & complete):

Tôi có một Hợp đồng Trước khi Có nhu cầu về việc Sắp xếp Tang lễ:

I have a Pre-Need Contract for Funeral Arrangements:

TÊN
NAME

ĐIỆN THOẠI
PHONE

ĐỊA CHỈ
ADDRESS

Tôi muốn những cá nhân sau đây quyết định về việc chôn cất hoặc bố trí hài cốt của tôi (đánh dấu các lựa chọn của bạn):

I want the following individuals to decide about my burial or disposition of my remains (check your choices):

Đại diện
Agent

Đại diện thay thế
Alternate Agent

Gia đình:
Family:

TÊN
NAME

ĐIỆN THOẠI
PHONE

ĐỊA CHỈ
ADDRESS

Khác:
Other:

TÊN
NAME

ĐIỆN THOẠI
PHONE

ĐỊA CHỈ
ADDRESS

Các mong muốn cụ thể (đánh dấu vào các lựa chọn của bạn):

Specific Wishes (check your choices):

Tôi muốn có một buổi Lễ Thức canh người quá cố

I want a Wake/Viewing

Tôi muốn được chôn cất - Nếu có thể tại địa điểm sau: (nghĩa trang, địa chỉ, số điện thoại)

I prefer a Burial — If possible at the following location: (cemetery, address, phone number)

Tôi muốn được Hỏa táng - Với tro tàn của tôi được giữ hoặc rải như sau:

I prefer Cremation — With my ashes kept or scattered as follows:

Tôi muốn một Lễ tang và sau đó là chôn cất hoặc hỏa táng

I want a Funeral Ceremony with a burial or cremation to follow

Tôi chỉ muốn một Lễ tang cạnh mộ

I prefer only a Graveside Ceremony

Tôi chỉ muốn một Lễ Tưởng niệm sau khi đã chôn cất hoặc hỏa táng trước đó

I prefer only a Memorial Ceremony with burial or cremation preceding

Các chi tiết khác: (chẳng hạn như âm nhạc, bài đọc, người tu sĩ hành lễ)

Other Details: (such as music, readings, Officiant)

TÊN
NAMENGÀY SINH
DOBNGÀY
DATEPHẦN NĂM: KÝ TUYÊN BỐ MONG MUỐN
PART FIVE: SIGNED DECLARATION OF WISHES

Bạn phải ký tên vào đây trước HAI nhân chứng trưởng thành. Những người sau đây **không** thể ký làm nhân chứng:
người đại diện, vợ/chồng, cha mẹ, anh chị em ruột, con cái hoặc cháu của bạn.

You must sign this before 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
SIGNEDNGÀY
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
SIGNATURENGÀY
DATENHÂN CHỨNG 2 (TÊN VIẾT HOA)
WITNESS 2 (PRINT NAME)CHỮ KÝ
SIGNATURENGÀY
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 được sử dụng bởi 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
NAMECHỨC VỤ/VỊ TRÍ
TITLE/POSITIONĐỊA CHỈ
ADDRESSCHỮ KÝ
SIGNATUREĐIỆN THOẠI
PHONENGÀY
DATE

TÊN
NAME

NGÀY SINH
DOB

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

Ngày đăng ký:
Date registered:

Người đại diện chăm sóc sức khỏe
Health care agent

Người đại diện chăm sóc sức khỏe thay thế
Alternate health care agent

Bác sĩ/(Các) Nhà cung cấp:
Doctor/Provider(s):

(Các) bệnh viện:
Hospital(s):

(Các) thành viên gia đình: Vui lòng liệt kê:
Family Member(s): Please list:

TÊN
NAME

ĐỊA CHỈ
ADDRESS

TÊN
NAME

ĐỊA CHỈ
ADDRESS

TÊN
NAME

ĐỊA CHỈ
ADDRESS

TÊN
NAME

ĐỊA CHỈ
ADDRESS

TÊN
NAME

ĐỊA CHỈ
ADDRESS

Khác:
Other:

TÊN
NAME

ĐỊA CHỈ
ADDRESS

TÊN
NAME

ĐỊA CHỈ
ADDRESS

TÊN
NAME

ĐỊA CHỈ
ADDRESS

TÊN
NAME

ĐỊA CHỈ
ADDRESS

TÊN
NAME

ĐỊA CHỈ
ADDRESS

TÊN
NAME

ĐỊA CHỈ
ADDRESS

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:

E-mail to:

VADRSubmissions@uslwr.com**Hoặc Gửi thư đến:**

Or Mail to:

Vermont Advance Directive Registry (VADR)

PO Box 2789

Westfield, NJ 07091-2789

Hoặc gửi Fax đến:

Or Fax to:

908-654-1919

Để biết thêm thông tin, hãy truy cập: <http://healthvermont.gov/vadr/> hoặc gọi 1-888-548-9455For 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:

Town/City: _____

Tiểu bang:

State: _____

Mã zip:

Zip code: _____

Số Điện thoại: Chính (____) _____ - _____ Khác: (____) _____ - _____
Phone Number: Primary (____) _____ - _____ Other: (____) _____ - _____**Bạn có muốn được liên lạc qua thư điện tử không?**

Would you like to be contacted by e-mail?

Không

No

Có

Yes

Địa chỉ Email:

Email Address: _____

Địa chỉ gửi thư phụ (nếu có):

Secondary Mailing Address (if applicable): _____

Thị trấn/Thành phố:

Town/City: _____

Tiểu bang:

State: _____

Mã zip:

Zip code: _____

Đầu mối liên lạc khẩn cấp / Emergency Contacts**Chính:**

Primary:

Tên:

Name: _____

Mối quan hệ với Người đăng ký:

Relationship to Registrant: _____

Số Điện thoại:

Phone Number: (____) _____ - _____

Phụ:

Secondary:

Tên:

Name: _____

Mối quan hệ với Người đăng ký:

Relationship to Registrant: _____

Số Điện thoại:

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 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.