

Giáo Lý Công Giáo Về Các Quyết Định Cuối Đời

Chết là một phần tự nhiên của thân phận con người. Chết không phải là điều sợ hãi và tránh né bằng mọi giá, cũng không phải là đi tìm cái chết và gây ra nó một cách trực tiếp.

Trợ Tử (Euthanasia) là sai trái. Không được phép Trợ Tử (Euthanasia). Trợ Tử được xác định là chấm dứt cuộc sống của con người một cách cố ý bằng việc làm hoặc những thiếu sót nhằm giảm bớt sự đau khổ.

Giảm đau. Các phương pháp giảm đau hiện đại thông thường không rút ngắn tuổi thọ. Tuy nhiên, việc sử dụng thuốc để điều trị đau nặng được chấp nhận, ngay cả khi nó có thể rút ngắn tuổi thọ. Dù sao đi nữa, việc giảm đau không giống như Trợ Tử vì mục tiêu của điều trị không phải là để gây ra cái chết. Việc duy trì sự minh mẫn là một yếu tố quan trọng trong việc chuẩn bị cho cái chết, nhưng sự đau đớn nặng nề cần được giảm bớt trong phạm vi có thể làm được.

Sự tương xứng của việc điều trị y tế duy trì sự sống. Quyết định thực hiện, từ chối hoặc ngừng điều trị để duy trì sự sống nên dựa trên khái niệm tương xứng. Chúng ta không có bổn phận phải theo đuổi một phương pháp điều trị y tế duy trì sự sống nếu sự rủi ro hoặc gánh nặng của nó không cân xứng với lợi ích của việc điều trị. Ta có thể đánh giá đúng đắn "bằng cách nghiên cứu loại phương pháp điều trị sẽ được sử dụng, mức độ phức tạp hoặc rủi ro của nó, chi phí và khả năng sử dụng nó, và so sánh các yếu tố này với kết quả có thể thấy, và để ý đến tình trạng của người bệnh và năng lực về thể chất và tâm linh của họ" (Tuyên bố về Trợ Tử Euthanasia, phần IV).

Dinh dưỡng và Nước (Thức ăn và Nước uống). Nếu không cung cấp dinh dưỡng và nước cho bệnh nhân - với mục đích kết thúc cuộc sống của bệnh nhân hoặc làm bệnh nhân chết mau hơn- được xem là Trợ Tử (euthanasia) và luôn luôn là sai trái, ngay cả khi việc cung cấp dinh dưỡng được thực hiện bằng phương pháp nhân tạo. Tuy nhiên, có trường hợp mà việc cung cấp dinh dưỡng và nước không còn mang lại lợi ích đáng kể và gây gánh nặng cho bệnh nhân đang hấp hối. Trong những trường hợp đó việc cung cấp thức ăn và nước, bằng phương pháp nhân tạo hay cách khác, có thể không còn phù hợp nữa, ngay cả khi cái chết đến mau hơn *một cách bất ngờ*

Hương tặng nội tạng. Tặng nội tạng sau khi chết là một hành động cao quý, đáng ca ngợi và cần được khuyến khích như một thể hiện của sự đoàn kết (Giáo điều của Hội Thánh Công giáo, n. 2296).

Tư vấn với các cố vấn y tế và tâm linh. Áp dụng nguyên tắc cân xứng vào một tình huống cụ thể đôi khi không dễ dàng cho bệnh nhân, gia đình hoặc người đại diện chăm sóc sức khỏe. Thường là bắt buộc phải tư vấn với các cố vấn y tế để đánh giá các lợi ích, gánh nặng và rủi ro. Tư vấn với các cố vấn tâm linh tài giỏi có thể giúp bệnh nhân, gia đình hoặc đại diện chăm sóc sức khỏe đưa ra quyết định lựa chọn tốt đẹp.

Chăm sóc Mục Vụ. Xung tội, Rửa tội và Bí Tích Thánh Thể như là biểu tượng lúc cuối đời của Ki Tô hữu là Bí Tích chuẩn bị cho nước Trời và hoàn thành cuộc hành trình trần tục (Giáo điều của Hội Thánh Công giáo, n. 1525). Cho biết ý kiến cá nhân về nhận lãnh các Bí Tích này rất là quan trọng,

Trò chuyện với người thân yêu. Mặc dù tài liệu này được viết và ký tên sẽ hữu ích, nhưng không có một bản Chăm sóc Sức khỏe nào (Advance Health Care Directive) có thể thay thế cuộc trò chuyện rõ ràng với người thân yêu dựa trên nguyên tắc Đức Tin và Mục Vụ. Lựa chọn tốt nhất là chọn một người đại diện để đưa ra quyết định y tế phù hợp với chỉ thị cá nhân dựa trên giáo lý Công giáo, thảo luận chung và có sự đồng ý của người đại diện để hành động theo những chỉ thị đó.

Có Hướng dẫn Cụ thể Hơn. Hầu hết các nguyên tắc nêu ở trên được rút ra từ *Tuyên bố về Trợ Tử (Declaration on Euthanasia)* được ban hành vào năm 1980 bởi Công Đồng Vatican về Giáo điều của Đức Tin và Giáo Lý Hội Thánh Công giáo. Các tài liệu và hướng dẫn của Hội Thánh Công giáo có thể được tìm thấy trên trang mạng của Hiệp hội Giám mục Công giáo Hoa Kỳ: www.usccb.org/issues-and-action/human-life-and-dignity.

Phần 1- Ủy Quyền về Chăm Sóc Y Tế

1.1 Ủy Quyền Chính. Tôi _____ tại đây chỉ định cá nhân sau đây là đại diện của tôi để đưa ra các quyết định y tế cho tôi:

In Tên: _____ Mối quan hệ: _____
 Điện Thoại nhà: _____ Địa Chỉ: _____
 Điện Thoại Sở: _____
 Điện Thoại Di Động: _____ Địa Chỉ E-Mail _____

1.2 Ủy Quyền Thay Thế số 1 . Nếu tôi thu hồi quyền hành của đại diện chính hoặc nếu đại diện không muốn, không thể hoặc không có mặt một cách hợp lý để đưa ra quyết định y tế cho tôi, tôi chỉ định cá nhân sau đây là đại diện thay thế đầu tiên của tôi::

In Tên: _____ Mối quan hệ: _____
 Điện Thoại nhà: _____ Địa Chỉ: _____
 Điện Thoại Sở: _____
 Điện Thoại Di Động: _____ Địa Chỉ E-Mail _____

1.3 Ủy Quyền Thay Thế số 2 . Nếu tôi thu hồi quyền hành của đại diện chính và đại diện thay thế số 1 hoặc nếu cả hai đều không muốn, không thể hoặc không có mặt một cách hợp lý để đưa ra quyết định y tế cho tôi, tôi chỉ định cá nhân sau đây là đại diện thay thế thứ hai của tôi:

In Tên: _____ Mối quan hệ: _____
 Điện Thoại nhà: _____ Địa Chỉ: _____
 Điện Thoại Sở: _____
 Điện Thoại Di Động: _____ Địa Chỉ E-Mail _____

1.4 Quyền hành của Đại diện. Đại diện của tôi được ủy quyền đưa ra tất cả các quyết định về chăm sóc sức khỏe cho tôi, bao gồm quyết định cung cấp, từ chối hoặc rút lại điều trị y tế, dinh dưỡng và cung cấp nước nhân tạo, cũng như tất cả các hình thức khác của chăm sóc sức khỏe để giữ cho tôi sống, ngoại trừ chỉ thị tôi nêu trong Phần 2 dưới đây.

1.5 Thời điểm Quyền hành của Đại diện Có hiệu lực. Quyền hành của đại diện của tôi có hiệu lực khi bác sĩ chủ đạo của tôi xác định rằng tôi không còn khả năng đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho bản thân, trừ khi tôi đánh dấu ô sau đây: Nếu tôi đánh dấu ô này [] quyền hành đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho tôi có hiệu lực ngay lập tức.

1.6 Nghĩa vụ của Đại diện. Đại diện của tôi sẽ đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho tôi theo (i) ủy quyền này về chăm sóc sức khỏe, (ii) bất kỳ hướng dẫn nào tôi đưa ra trong Phần 2 của mẫu này, và (iii) những mong muốn khác của tôi trong phạm vi Đại diện của tôi được biết. Trong trường hợp không biết mong muốn của tôi, Đại diện của tôi sẽ đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho tôi dựa trên những gì Đại diện của tôi xác định là tốt nhất cho tôi. Trong quá trình xác định lợi ích tốt nhất của tôi, Đại diện của tôi sẽ xem xét những giá trị cá nhân của tôi trong phạm vi Đại diện của tôi đã được biết.

1.7 Quyền hành của đại diện sau khi tôi chết. Người đại diện của tôi được ủy quyền thực hiện cho nội tạng, cho phép khám nghiệm tử thi và xử lý trực tiếp hài cốt của tôi, trừ khi tôi nêu ở đây hoặc trong Phần 3 và 4 của mẫu đơn này:]

(Tiếp trang 8 nếu cần)

1.8 Chỉ định người bảo quản (conservator). Nếu một người bảo quản của tôi cần được tòa án chỉ định cho tôi, tôi đề cử người đại diện được chỉ định trong mẫu này làm bảo quản. Nếu người này không sẵn sàng để hành động như một người bảo quản, tôi đề cử người thay thế mà tôi đã chỉ định, theo thứ tự.

Part 2 – Ủy Nhiệm về Chăm Sóc Y Tế

2.1 Các quyết định chăm sóc sức khỏe phải phù hợp với giáo huấn Công giáo. Bất kỳ quyết định nào liên quan đến việc chăm sóc sức khỏe của tôi phải phù hợp với các giáo lý của Giáo hội Công giáo La Mã. Những giáo huấn đã tóm tắt trong trang đầu tiên của bản Chỉ Thị Chăm Sóc Y Tế này.

Quyết định cuối đời. Không thể dự đoán đầy đủ, tất cả các quyết định phải được cân nhắc lúc phải quyết định điều trị, liên quan đến duy trì sự sống. Do đó, nếu tôi đã chỉ định một đại diện trong Phần 1 ở trên, tôi hoàn toàn tin tưởng vào phán quyết của người đó và tôi yêu cầu các nhà Bác Sĩ chăm sóc sức khỏe của tôi làm theo hướng dẫn của họ. Tuy nhiên, để tạo điều kiện thuận lợi cho các quyết định của đại diện và Bác Sĩ chăm sóc sức khỏe của tôi, tôi quyết định rằng các Bác Sĩ chăm sóc sức khỏe của tôi và những người khác tham dự đến việc chăm sóc của tôi đưa ra, ngưng hoặc chấm dứt điều trị theo lựa chọn mà tôi đã lựa dưới đây:

____ **(a) Lựa chọn không kéo dài tuổi thọ**

Tên _____ không muốn cuộc sống của mình bị kéo dài nếu (1) tôi có bệnh không thể chữa khỏi và không thể thuyên chuyển được và sẽ đưa đến cái chết trong một thời gian tương đối ngắn, hoặc (2) tôi hôn mê và chắc chắn tôi sẽ không tỉnh lại, hoặc (3) tôi có bệnh hoặc thương tích đe dọa tính mạng và những rủi ro và gánh nặng gây ra do việc điều trị có thể sẽ không tương xứng với lợi ích của nó.
HOẶC

____ **(b) Lựa chọn để kéo dài tuổi thọ**

Tên _____ Tôi muốn cuộc sống của tôi được kéo dài càng lâu càng tốt trong giới hạn của các tiêu chuẩn chăm sóc sức khỏe đã được chấp nhận .

2.2 Giảm đau. Ngoại trừ như tôi đã nói sau đây, tôi quyết định rằng việc điều trị để giảm đau đớn phải được cung cấp luôn luôn, ngay cả khi nó đẩy nhanh cái chết của tôi.

2.3 Hướng dẫn đặc biệt (Tùy chọn). Các dòng sau đây có thể được sử dụng để đưa ra bất kỳ hướng dẫn, các giới hạn hoặc tuyên bố nào khác liên quan đến chăm sóc sức khỏe, điều trị, dịch vụ và phẫu thuật.

[tiếp tục trang 8 nếu cần]

Part 3 – Hiến tặng nội tạng khi chết (tùy chọn)

Khi tôi chết, tôi cho các cơ quan, mô, bộ phận của tôi. _____ (viết tên để chỉ là có) Bằng cách viết tắt dòng này, và bất kể sự lựa chọn của tôi trong Phần 2 của bản mẫu này, tôi ủy quyền cho đại diện của tôi đồng ý với bất kỳ thủ tục y tế tạm thời nào cần thiết để đánh giá và / hoặc duy trì các cơ quan, mô và / hoặc các bộ phận của tôi cho mục đích hiến tặng.

HOẶC

Tôi không cho phép hiến tặng bất kỳ cơ quan, mô hoặc bộ phận nào. _____ (viết tên)

HOẶC

Tôi chỉ cho các nội tạng, mô và bộ phận sau đây thôi: _____

_____ (viết tên)

Hiến tặng nội tạng của tôi dành cho các mục đích sau (gạch bỏ bất kỳ điều nào sau đây mà bạn không muốn):

Cấy ghép _____ (viết tên) Nghiên cứu _____ (viết tên) Trị liệu _____ (viết tên) Giáo dục _____ (viết tên)

Nếu bạn muốn hạn chế hiến tặng nội tạng, mô hoặc bộ phận theo một cách nào đó, hãy nêu các hạn chế đó ở các dòng này: _____

Nếu tôi để trống Phần 3, đó không phải là từ chối hiến tặng. Mẫu đăng ký hiến nội tạng của tôi được tiểu bang chấp nhận phải được tuân theo, hoặc, nếu không, đại diện của tôi có thể hiến tặng khi tôi qua đời. Nếu không có đại diện nào được nêu tên ở trên, tôi thừa nhận rằng luật pháp California cho phép một cá nhân được ủy quyền thay mặt tôi đưa ra quyết định như vậy. (Để nêu bất kỳ giới hạn, ưu tiên hoặc hướng dẫn nào liên quan đến hiến nội tạng, hãy sử dụng dòng trên).

Phần 4 - Xử lý hài cốt (Tùy chọn)

4.1 Thẩm quyền của Đại lý. Tôi hiểu rằng người đại diện của tôi được chỉ định trong mẫu này có thẩm quyền xử lý hài cốt của tôi trừ khi tôi có chỉ định khác bằng văn bản.

4.2 Hướng dẫn. Hướng dẫn của tôi về việc xử lý hài cốt của tôi, bao gồm các nghi thức tang lễ mà tôi thích, được mô tả trong:

1. Hợp đồng dịch vụ mai táng bằng văn bản với: _____
Tên của Giám đốc tang lễ, Nhà xác và / hoặc Nghĩa trang

2. Di chúc của tôi, mà tôi giữ: _____
Nơi để di chúc

3. Hướng dẫn thêm như sau:-

Hướng dẫn cụ thể

Phần 5a – Bác Sĩ Chính (Tùy Chọn)

Tôi chỉ định bác sĩ sau đây làm bác sĩ chính của tôi:

Tên _____ điện thoại _____

Địa chỉ _____ thành phố _____ tiểu bang: Zip Code: _____

Phần 5b - Ủy quyền tiết lộ HIPAA

5.1 Tiết lộ thông tin y tế được ủy quyền. Tôi bằng lòng cho mỗi cá nhân được nêu tên là đại lý chăm sóc sức khỏe chính và phụ của tôi trong Phần 1 của tài liệu này toàn quyền và thẩm quyền để yêu cầu, xem xét và nhận bất kỳ thông tin nào, bằng lời nói hoặc bằng văn bản, liên quan đến sức khỏe thể xác hoặc tinh thần của tôi, trong phạm vi tương tự như bản thân tôi có các quyền đó theo Đạo luật về trách nhiệm giải trình và cung cấp thông tin bảo hiểm y tế (HIPAA) năm 1996. Tôi cũng bằng lòng cho mỗi cá nhân nói trên quyền đồng ý tiết lộ thông tin đó cho người khác.

5.2 Ủy quyền HIPAA có hiệu lực ngay lập tức. Các ủy quyền nói trên có hiệu lực ngay lập tức và, bất kể các quy định của Mục 1.5 ở trên, không phụ thuộc vào việc tôi không có khả năng đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe.

Phần 6 - Thu hồi các chỉ thị lúc trước

6.1 Thu hồi các ủy quyền lúc trước của các đại diện chăm sóc sức khỏe. Bằng cách thực hiện tài liệu này, tôi thu hồi tất cả các quyền hạn trước đây của Ủy Quyền về Chăm sóc Sức khỏe và bất kỳ hoặc tất cả các ủy quyền khác của các đại diện chăm sóc sức khỏe theo luật của bất kỳ khu vực luật pháp nào trong hoặc ngoài nước Hoa Kỳ.

6.2 Thu hồi các Chỉ thị Chăm sóc Sức khỏe lúc trước. Bằng cách thực hiện tài liệu này, tôi xin thu hồi tất cả các tài liệu lúc trước, được thực hiện trong hoặc ngoài nước Hoa Kỳ, đã được coi như một Chỉ thị Chăm sóc Sức khỏe theo luật của Tiểu bang California.

Phần 7 – Chữ ký và nhân chứng

7.1 Hiệu lực của bản sao. Một bản sao của mẫu này có tác dụng tương tự như bản gốc.

7.2 Chữ ký và ngày.

Ngày ký: _____, 20_____
 (ký tên của bạn)

Nơi ký: _____

7.3 Lời khai của người làm chứng. Tôi tuyên bố trên hình phạt khai gian theo luật của California (i) rằng cá nhân đã ký hoặc thừa nhận chỉ thị chăm sóc sức khỏe trước này là người tôi biết hoặc danh tính của cá nhân đó đã được chứng minh với tôi với bằng chứng rõ ràng, (ii) rằng cá nhân đó đã ký hoặc thừa nhận chỉ thị này trước sự hiện diện của tôi, (iii) rằng cá nhân đó tỉnh táo và không bị ép buộc, gian lận hoặc ảnh hưởng quá mức, (iv) rằng tôi không phải là người được chỉ định làm đại diện chỉ thị này và (v) tôi không phải là bác sĩ cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, hoặc nhân viên của bác sĩ, hoặc người điều hành cơ sở chăm sóc, hoặc nhân viên của người điều hành cơ sở chăm sóc cộng đồng, người điều hành cơ sở chăm sóc nội trú cho người già, cũng không phải là nhân viên của người điều hành cơ sở chăm sóc người già.

Nhân chứng đầu tiên: _____ Địa Chỉ: _____
 (chữ ký)

(ngày)) (tên in) _____

Nhân chứng thứ hai: _____ Địa Chỉ: _____
 (chữ ký)

(ngày)) (tên in) _____

7.4 Lời khai bổ sung của nhân chứng. Ít nhất một trong những người làm chứng trên còn phải ký vào bản tường trình như sau:

Tôi tuyên bố thêm theo hình phạt khai gian của luật của California rằng tôi không liên hệ đến cá nhân thực hiện chỉ thị chăm sóc sức khỏe này bằng huyết thống, hôn nhân hoặc nhận con nuôi, và theo hiểu biết tốt nhất của tôi, tôi không được hưởng bất kỳ phần di sản nào của cá nhân đó khi người đó qua đời theo di chúc hiện đang tồn tại hoặc theo hoạt động của pháp luật

 (signature)

Phần 8 – Xác nhận trước công chứng viên

8.1 Công chứng viên chứng nhận thay thế cho nhân chứng trong Phần 7. Không cần phải xác nhận trước Công chứng viên nếu được chứng nhận đúng trong Phần 7 ở trên. Việc xác nhận trước Công chứng viên không loại bỏ sự cần thiết phải có Tuyên bố của Người biện hộ (advocate) hoặc Thanh tra Viên (ombudsman), trong Phần 9 dưới đây là bắt buộc đối với bệnh nhân nằm trong các cơ sở điều dưỡng lành nghề.

Một công chứng viên hoặc nhân viên khác hoàn thành chứng chỉ này chỉ xác nhận danh tính của cá nhân đã ký vào tài liệu được đính kèm, và không phải là sự trung thực chính xác hoặc hợp lệ của tài liệu này

TIỂU BANG CALIFORNIA)
)
 QUẬN OF _____)

Ngày _____, 20____, trước mặt tôi _____, cá nhân xuất hiện: _____ đã chứng minh cho tôi dựa trên bằng chứng thỏa đáng là (những) người có (các) tên được / được đăng ký vào văn thư và thừa nhận với tôi rằng anh ấy / cô ấy / họ đã thực hiện tương tự trong (các) khả năng được ủy quyền của anh ấy / cô ấy / họ và bằng (các) chữ ký của anh ấy / cô ấy / họ trên (các) văn thư của (các) người, hoặc thực thể thay mặt cho (những) người đã làm, thực hiện văn thư

Tôi xác nhận theo HÌNH PHẠT KHAI MAN theo luật của Tiểu bang California rằng đoạn trên là đúng và chính xác.

CHỨNG KIẾN bàn tay và con dấu chính thức của tôi

 Công chứng viên

[Con dấu]

Phần 9 – Điều kiện nhân chứng đặc biệt (cho bệnh nhân nằm trong các cơ sở điều dưỡng lành nghề)

9.1 Người biện hộ bệnh nhân (advocate) hoặc Thanh tra viên (ombudsman). Tuyên bố sau đây chỉ cần thiết cho bệnh nhân nằm trong một cơ sở điều dưỡng lành nghề - một cơ sở chăm sóc sức khỏe cung cấp các dịch vụ cơ bản sau: chăm sóc điều dưỡng lành nghề và chăm sóc hỗ trợ cho những bệnh nhân có nhu cầu chính là dịch vụ chăm sóc điều dưỡng lành nghề . Người biện hộ bệnh nhân hoặc thanh tra viên phải ký vào tuyên bố sau đây.

Tuyên bố của Người biện hộ bệnh nhân (advocate) hoặc Thanh tra viên (ombudsman)

Tôi tuyên bố theo hình phạt khai man theo luật của California rằng tôi là người biện hộ bệnh nhân hoặc thanh tra viên theo chỉ định của Bộ Người già Tiểu bang và tôi đang phục vụ với tư cách là nhân chứng theo chỉ thị của Mục 4675 của Bộ luật Chứng thực California.

Ngày: _____, 20____

Địa chỉ: _____

 (chữ ký)

 (tên in)

Khoảng trống này để viết thêm các hạn chế hoặc chỉ thị khác

Bản Sao

Luật California cho phép các bản sao của tài liệu này được xem như thể là bản gốc. Chúng tôi khuyên bạn nên giữ bản gốc của mình và đề nghị bạn đưa bản sao và thảo luận về mong muốn cụ thể của bạn với:

1. Đại lý chính và Đại lý phụ của bạn
2. Bác sĩ chính của bạn
3. Các thành viên quan trọng trong gia đình bạn, và
4. Bất kỳ người nào khác có thể được gọi trong trường hợp khẩn cấp y tế.

Điều rất quan trọng là phải lưu giữ hồ sơ của những người đã nhận được bản sao, trong trường hợp bạn muốn thu hồi hoặc sửa đổi Chỉ thị này.

Danh Mục cho Chỉ thị Chăm sóc Y Tế

Để đảm bảo rằng bạn đã hoàn thành mẫu này đúng cách, bạn nên trả lời "Có" cho mỗi mục sau đây:

1. Tôi là cư dân California, đã đủ 18 tuổi, sức khỏe tốt và đang hành động theo ý muốn tự do của mình.

2. Người tôi đã chọn để đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe thay mặt tôi (Đại diện hoặc Đại diện dự phòng) đủ 18 tuổi, vào thời điểm khi Đại diện đó sẽ đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe thay mặt tôi, **KHÔNG** phải là:

*một nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe hoặc nhân viên của cơ sở chăm sóc sức khỏe nơi tôi đang nhận chăm sóc,

*một người điều hành cơ sở chăm sóc cộng đồng hoặc cơ sở chăm sóc dành cho người già nơi tôi đang nhận chăm sóc,

*một nhân viên của cơ sở chăm sóc sức khỏe, cơ sở chăm sóc cộng đồng hoặc cơ sở chăm sóc dành cho người già nơi tôi đang nhận chăm sóc, trừ khi nhân viên đó có quan hệ máu mủ, hôn nhân hoặc quyền nhận con nuôi với tôi, hoặc trừ khi tôi cũng làm việc tại cùng một cơ sở chăm sóc sức khỏe, cơ sở chăm sóc cộng đồng hoặc cơ sở chăm sóc dành cho người già, và

*người bảo trợ của tôi theo Đạo luật Lanterman-Petris-Short, trừ khi đã đáp ứng đủ yêu cầu pháp lý bổ sung.

3. Tôi đã nói chuyện với những người tôi đã chọn để đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe thay mặt tôi, và những người này đã đồng ý làm như vậy trong trường hợp tôi không thể tự đưa ra những quyết định đó cho bản thân.

4. Chúng tôi đã thảo luận về mức độ triển khai hoặc duy trì các liệu pháp duy trì sự sống (ví dụ: máy thở, trị liệu thay thế thận, hóa trị, phẫu thuật, cung cấp thức ăn qua ống, hô hấp nhân tạo (CPR) thay mặt tôi.

5. Các cá nhân tôi đã chọn hiểu cách tôi sẽ hành động thay mặt tôi nếu tôi có khả năng làm như vậy.

6. Tôi đã cung cấp một bản sao của mẫu này cho những người có thể cần nó trong trường hợp có một tình huống khẩn cấp đòi hỏi một quyết định liên quan đến chăm sóc sức khỏe của tôi, bao gồm những người tôi đã chọn trong bản mẫu này, các thành viên gia đình quan trọng và các bác sĩ.

7. Tôi đã làm công chứng hoặc chứng nhận cho mẫu này theo đúng quy trình.

- q (a) Tôi đã có được chữ ký của hai nhân chứng người trưởng thành hiểu biết về tôi (hoặc tôi đã chứng minh danh tính của mình đối với họ).

- q (b) Không có nhân chứng nào là:

- *Đại diện mà tôi đã chỉ định để đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe thay mặt tôi,

- *một trong những nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe của tôi hoặc bất kỳ nhân viên nào của nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe của tôi

- *người điều hành hoặc bất kỳ nhân viên nào của cơ sở chăm sóc cộng đồng (thỉnh thoảng được gọi là "nhà chăm sóc" board and care home"

- *người điều hành hoặc bất kỳ nhân viên nào của cơ sở chăm sóc dành cho người già

- q (c) Ít nhất một nhân chứng không có quan hệ huyết thống với tôi, không phải là người đã được đề cập trong di chúc của tôi và, theo như tôi biết, không có quyền được nhận bất kỳ phần nào của tài sản của tôi khi tôi qua đời.

8. Tôi hiểu rằng nếu tôi muốn thay đổi bất cứ điều gì trong tài liệu này, tôi phải hoàn thành một biểu mẫu mới. Tôi cũng nên thông báo cho tất cả những người nhận một bản sao của biểu mẫu cũ rằng nó không còn giá trị và yêu cầu các bản sao của biểu mẫu cũ được trả lại cho tôi để tôi có thể hủy chúng.

9. Tôi đã ký và điền ngày tháng cho mẫu này.

10. Nếu tôi đang ở một cơ sở chăm sóc y tế có chuyên môn, tôi đã có được chữ ký của một người đại diện bệnh nhân hoặc người giám sát(ombudsman)

11. Nếu tôi là một bệnh nhân được bảo quản bởi luật Lanterman-Petris-Short, mẫu này có thể không áp dụng được và tôi phải tham khảo ý kiến của luật sư.

12. Tôi đã ghi lại tin tức của những người đã nhận bản sao của Chỉ Thị Chăm Sóc Y Tế này..