

**TIỀN DI THƯ VỀ VIỆC CHĂM SÓC SỨC KHỎE**  
**TIỂU BANG NEW MEXICO**  
**ADVANCE DIRECTIVE FOR HEALTHCARE NEW MEXICO**

**GIẢI THÍCH**  
**EXPLANATION**

Quý vị có quyền đưa ra những chỉ dẫn về việc chăm sóc sức khỏe của chính mình. Quý vị cũng có quyền chỉ định người khác đưa ra quyết định về việc chăm sóc sức khỏe dùm quý vị. Mẫu đơn này để quý vị làm MỘT TRONG HAI hoặc CẢ HAI điều này. Cũng để quý vị thể hiện mong muốn về việc chỉ định bác sĩ chính của mình.

You have the right to give instructions about your own healthcare. You also have the right to name someone else to make healthcare decisions for you. This form lets you do EITHER or BOTH of these things. It also lets you express your wishes regarding the designation of your primary physician.

MẪU ĐƠN NÀY KHÔNG BẮT BUỘC. Mỗi đoạn văn và từ ngữ trong mẫu đơn này cũng không bắt buộc. Nếu quý vị sử dụng mẫu đơn này, quý vị có thể gạch bỏ, hoàn tất hoặc sửa đổi tất cả hoặc bất kỳ phần nào của đơn. Quý vị cứ tự nhiên sử dụng mẫu đơn khác. Nếu quý vị đã ký giấy ủy quyền có giá trị lâu dài về việc chăm sóc sức khỏe và/hoặc bản xác nhận quyền được chết (di chúc sống / ý nguyện trị liệu), các báo cáo này vẫn còn hiệu lực. Nếu quý vị sử dụng mẫu đơn này, xin nhớ ký và ghi ngày.

THIS FORM IS OPTIONAL. Each paragraph and word of this form is also optional. If you use this form, you may cross out, complete or modify all or any part of it. You are free to use a different form. If you have already signed a valid durable power of attorney for healthcare and/or right-to-die statement (living will), these statements are still valid. If you use this form, be sure to sign it and date it.

QUÝ VỊ KHÔNG PHẢI KÝ BẤT KỲ MẪU ĐƠN NÀO. Nếu quý vị không ký mẫu đơn hoặc không báo cho bác sĩ biết ai là người quý vị muốn đưa ra quyết định về việc chăm sóc sức khỏe cho mình (hoặc nếu người quý vị chỉ định không có mặt ở đó), luật tiểu bang New Mexico cho phép thành viên có mặt ở đó đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho quý vị. Thành viên gia đình được chọn theo thứ tự sau: 1) vợ chồng, 2) người tình, 3) con cái đã trưởng thành, 4) cha mẹ, 5) anh chị em đã trưởng thành, 6) ông bà nội ngoại. Nếu không có thành viên gia đình nào ở đó thì người bạn thân có thể làm người đại diện.

YOU DO NOT HAVE TO SIGN ANY FORM. If you do not sign a form or tell your doctor whom you want to make your healthcare decisions (or if someone you identify is not reasonably available), New Mexico law allows a family member who is reasonably available, to make your healthcare decisions. Family members are selected in the following order: 1) spouse, 2) significant other, 3) adult child, 4) parent, 5) adult brother or sister, 6) grandparent. If no family member is available, a close friend may act as a surrogate.

**PHẦN 1: BẢN ỦY QUYỀN VỀ VIỆC CHĂM SÓC SỨC KHỎE**  
**PART 1: POWER OF ATTORNEY FOR HEALTHCARE**

Phần 1 của mẫu đơn này là **bản ủy quyền về việc chăm sóc sức khỏe** để quý vị chỉ định một người khác làm người đại diện đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe thay cho quý vị nếu quý vị không còn khả năng tự quyết định, hoặc nếu quý vị muốn người khác đưa ra quyết định thay cho quý vị bây giờ, mặc dù quý vị vẫn còn khả năng. Quý vị cũng có thể chỉ định những người đại diện khác để hành động thay cho mình nếu người đại diện đầu tiên không muốn, không thể hoặc không có mặt để quyết định thay cho quý vị. Trừ khi có họ hàng với quý vị, người đại diện không thể là người chủ, điều hành hoặc nhân viên của tổ chức y tế mà quý vị đang được chăm sóc.

*Part 1 of this form is a power of attorney for healthcare. It lets you name another individual as agent to make healthcare decisions for you if you become incapable of making your own decisions, or if you want someone else to make those decisions for you now, even though you are still capable. You may also name alternate agents to act for you if your first choice is not willing, able, or reasonably available to make decisions for you. Unless related to you, your agent may not be an owner, operator or employee of a healthcare institution at which you are receiving care.*

Mẫu đơn này có phần để quý vị giới hạn thẩm quyền của người đại diện. Nếu quý vị không giới hạn thẩm quyền người đại diện thì người đó có thể đưa ra mọi quyết định chăm sóc sức khỏe thay cho quý vị.

*This form has a place for you to limit the authority of your agent. If you do not limit your agent's authority, your agent may make all healthcare decisions for you.*

**CHỈ ĐỊNH NGƯỜI ĐẠI DIỆN:** tôi chỉ định người dưới đây là đại diện để quyết định chăm sóc sức khỏe:

**DESIGNATION OF AGENT:** I appoint the following person as my agent to make healthcare decisions for me:

\_\_\_\_\_  
Tên người đại diện (Name of agent)

\_\_\_\_\_  
Địa chỉ (Street address)

\_\_\_\_\_  
Thành phố (City)

\_\_\_\_\_  
Tiểu bang (State)

\_\_\_\_\_  
Mã bưu tín (ZIP code)

\_\_\_\_\_  
Điện thoại nhà (Home phone)

\_\_\_\_\_  
Điện thoại chỗ làm (Work phone)

Nếu tôi rút lại thẩm quyền người đại diện, hoặc nếu người đại diện không thể hoặc sẽ không đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe thay tôi, thì tôi chỉ định những người này làm đại diện thay thế khác để phục vụ như sau:

*If I revoke my agent's authority, or if my agent cannot or will not make a healthcare decision for me, then I appoint these persons as my alternative agents, to serve as follows:*

\_\_\_\_\_  
Tên người đại diện thay thế thứ nhất (Name of 1st alternative agent)

\_\_\_\_\_  
Tên người đại diện thay thế thứ hai (Name of 2nd alternative agent)

\_\_\_\_\_  
Địa chỉ (Street address)

\_\_\_\_\_  
Địa chỉ (Street address)

\_\_\_\_\_  
Thành phố, tiểu bang, mã bưu tín (City, state, ZIP code)

\_\_\_\_\_  
Thành phố, tiểu bang, mã bưu tín (City, state, ZIP Code)

\_\_\_\_\_  
Số điện thoại nhà / chỗ làm (Home/work phone)

\_\_\_\_\_  
Số điện thoại nhà / chỗ làm (Home/work phone)

**THẨM QUYỀN CỦA NGƯỜI ĐẠI DIỆN:** Nếu quý vị không giới hạn thẩm quyền của người đại diện thì họ sẽ có quyền như sau:

(1) Đồng ý hoặc từ chối bất kỳ chăm sóc y tế, chữa trị, dịch vụ hoặc thủ thuật chẳng hạn như:

- xét nghiệm chẩn đoán
- giải phẫu
- thuốc
- nằm viện
- chăm sóc điều dưỡng
- chăm sóc sức khỏe tại nhà
- ra lệnh không hô hấp nhân tạo
- điều trị y khoa kéo dài và cứu mạng sống
- cung cấp, ngưng hoặc thu hồi dinh dưỡng và thủy hợp
- và tất cả mọi phương thức chăm sóc sức khỏe khác để giữ tôi sống

**AGENT'S AUTHORITY:** If you do not limit your agent's authority, your agent will have the right to (1) consent or refuse consent to any medical care, treatment, service or procedure, such as

- diagnostic tests
- surgery
- medication
- hospitalization
- nursing care
- home healthcare
- orders not to resuscitate
- life-saving and life-prolonging medical treatment
- the provision, withholding or withdrawal of artificial nutrition and hydration
- **and** all other forms of healthcare to keep me alive,

(2) chọn hoặc thay đổi bác sĩ và viện chăm sóc sức khỏe. (2)  
and select or change healthcare providers and institutions.

Người đại diện có thể đưa ra mọi quyết định chăm sóc sức khỏe cho tôi, bao gồm lấy và xem xét hồ sơ y khoa, báo cáo và thông tin về tôi, ngoại trừ trong phạm vi mà tôi giới hạn thẩm quyền người đại diện như sau:

My agent may make all healthcare decisions for me, including obtaining and reviewing medical records, reports and information about me, except to the extent I limit my agent's authority as follows:

(Thêm phụ trang nếu cần)  
(Add additional pages if needed)

**KHI NÀO THẨM QUYỀN NGƯỜI ĐẠI DIỆN CÓ HIỆU LỰC:** Thẩm quyền người đại diện của tôi có hiệu lực khi bác sĩ chính và một chuyên gia chăm sóc sức khỏe có năng lực xác nhận rằng tôi không có khả năng quyết định chăm sóc sức khỏe cho chính mình.

**WHEN AGENT'S AUTHORITY BECOMES EFFECTIVE:** My agent's authority becomes effective when my primary physician and one other qualified healthcare professional determine that I am unable to make my own healthcare decisions.

[  ] Nếu tôi viết tên tất trong ô này, thẩm quyền người đại diện đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho tôi có hiệu lực ngay lập tức.

If I initial this box, my agent's authority to make healthcare decisions for me takes effect immediately.

**BỔN PHẬN NGƯỜI ĐẠI DIỆN:** Người đại diện sẽ đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho tôi dựa vào **bản ủy quyền về việc chăm sóc sức khỏe**, bất cứ hướng dẫn chăm sóc sức khỏe nào tôi đưa ra trong *Phần 2* của mẫu đơn này và những ước nguyện khác của tôi đã cho người đại diện biết. Với những ước nguyện chưa biết, người đại diện sẽ đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho tôi phù hợp với những gì người đại diện xác định là tốt nhất cho tôi. Trong việc xác định những điều tốt nhất cho tôi, người đại diện sẽ xem xét giá trị cá nhân mà tôi đã cho người đại diện biết.

**AGENT'S OBLIGATION:** My agent shall make healthcare decisions for me based on this **power of attorney for healthcare**, any healthcare instructions I give in *Part 2* of this form and my other wishes to the extent known to my agent. To the extent my wishes are unknown; my agent shall make healthcare decisions for me in accordance with what my agent determines to be in my best interest. In determining my best interest, my agent shall consider my personal values to the extent known to my agent.

**ĐỀ CỬ NGƯỜI ĐẠI DIỆN:** Nếu người giám hộ nhu cầu cá nhân của tôi cần được tòa án bổ nhiệm, tôi đề cử người đại diện được chỉ định trong mẫu đơn này. Nếu người đại diện đó không sẵn sàng, không thể hoặc không có mặt để hành động với tư cách là người giám hộ, tôi đề cử những người đại diện thay thế mà tôi đưa ra theo thứ tự chỉ định.

**NOMINATION OF A GUARDIAN:** If a guardian of my person needs to be appointed for me by a court, I nominate the agent designated in this form. If that agent is not willing, able or reasonably available to act as guardian, I nominate the alternate agents whom I have named, in the order designated.

## PHẦN 2: HƯỚNG DẪN CHĂM SÓC SỨC KHỎE

### PART 2: INSTRUCTIONS FOR HEALTHCARE

*Nếu quý vị bằng lòng cho phép người đại diện xác định những điều tốt nhất cho quý vị trong việc đưa ra quyết định cuối đời, quý vị không cần điền phần này của mẫu đơn. Nếu quý vị điền phần này của mẫu đơn, quý vị có thể chỉnh sửa bất cứ từ ngữ nào quý vị không muốn.*

If you are satisfied to allow your agent to determine what is best for you in making end-of-life decisions, you need not fill out this part of the form. If you fill out this part of the form, you may strike any wording you do not want.

**QUYẾT ĐỊNH CUỐI ĐỜI:** Nếu tôi không thể đưa ra hoặc truyền đạt quyết định liên quan tới chăm sóc sức khỏe, và **NẾU** (i) tôi đang trong tình trạng không thể chữa khỏi hoặc đảo ngược được và dẫn đến cái chết trong thời gian tương đối ngắn, **HOẶC** (ii) tôi bị bất tỉnh và, trong mức độ hợp lý chắc chắn về y khoa, tôi sẽ không tỉnh lại, **HOẶC** (iii) khả năng rủi ro và gánh nặng của điều trị lớn hơn những lợi ích mong đợi, **THÌ** tôi chỉ thị cho bác sĩ chăm sóc sức khỏe và những người liên quan khác trong việc chăm sóc tôi, ngưng hoặc thu hồi phương pháp điều trị phù hợp với những lựa chọn mà tôi viết tên tắt vào một trong ba ô dưới đây:

**END-OF-LIFE DECISIONS:** If I am unable to make or communicate decisions regarding my healthcare, and IF (i) I have an incurable or irreversible condition that will result in my death within a relatively short time, OR (ii) I become unconscious and, to a reasonable degree of medical certainty, I will not regain consciousness, OR (iii) the likely risks and burdens of treatment would outweigh the expected benefits, THEN I direct that my healthcare providers and others involved in my care provide, withhold or withdraw treatment in accordance with the choices I have initialed below in one of the following three boxes:

[ ] Tôi CHON KHÔNG kéo dài cuộc sống. Tôi không muốn cuộc sống của tôi kéo dài.

I CHOOSE NOT to prolong life. I do not want my life to be prolonged.

[ ] Tôi CHON kéo dài cuộc sống. Tôi muốn cuộc sống của tôi kéo dài càng lâu càng tốt trong giới hạn tiêu chuẩn chăm sóc sức khỏe chấp nhận được.

I CHOOSE to prolong life. I want my life to be prolonged as long as possible within the limits of generally accepted healthcare standards.

[ ] Tôi CHON để cho người đại diện quyết định. Người đại diện dưới bản ủy quyền chăm sóc sức khỏe có thể đưa ra quyết định điều trị duy trì cuộc sống thay cho tôi.

I CHOOSE to let my agent decide. My agent under my power of attorney for healthcare may make life-sustaining treatment decisions for me.

- [ ] Tôi **KHÔNG** muốn dinh dưỡng nhân tạo (thức ăn) **HOẶC**  
I **DO NOT** want artificial nutrition (food) **OR**
- [ ] Tôi **CÓ** muốn dinh dưỡng nhân tạo (thức ăn).  
I **DO** want artificial nutrition (food).
- [ ] Tôi **KHÔNG** muốn thủy hợp nhân tạo (nước) trừ khi cần thiết cho sự thoải mái của tôi **HOẶC**  
I **DO NOT** want artificial hydration (water) unless required for my comfort **OR**
- [ ] Tôi **CÓ** muốn thủy hợp nhân tạo (nước)  
I **DO** want artificial hydration (water).

**DINH DƯỠNG NHÂN TẠO VÀ THỦY HỢP: Nếu phía trên tôi chọn **KHÔNG** kéo dài cuộc sống, tôi cũng chỉ rõ bằng cách ghi tên tắt của tôi dưới đây:**

**ARTIFICIAL NUTRITION AND HYDRATION:**

If I have chosen above **NOT** to prolong life, I also specify by marking my initials below:

**GIẢM ĐAU:** Bất kể sự lựa chọn tôi đưa ra trong mẫu đơn này và trừ khi tôi trình bày trong phần trống dưới đây, tôi chỉ định rằng việc cung cấp sự chăm sóc y tế tốt nhất có thể để giữ cho tôi sạch sẽ, thoải mái và không bị đau hoặc khó chịu mọi lúc để bảo toàn nhân phẩm, ngay cả khi việc chăm sóc này làm cho cái chết của tôi đến nhanh hơn.

**RELIEF FROM PAIN:** Regardless of the choices I have made in this form and except as I state in the following space, I direct that the best medical care possible be provided to keep me clean, comfortable and free of pain or discomfort at all times so that my dignity is maintained, even if this care hastens my death.

(Thêm phụ trang nếu cần)  
(Add additional pages if needed)

**CHỈ ĐỊNH HIẾN CƠ THỂ:** Sau khi chết tôi chỉ rõ bằng cách đánh dấu bên dưới nếu tôi chọn hiến tất cả hoặc một số cơ quan hoặc mô:

**ANATOMICAL GIFT DESIGNATION:** Upon my death I specify as marked below whether I choose to make an anatomical gift of all or some of my organs or tissue:

- [ ] Tôi **CHỌN** hiến tất cả cơ quan hoặc mô sẽ quyết định có thích hợp về y khoa tại thời điểm chết, và hỗ trợ nhân tạo có thể duy trì đủ lâu để các cơ quan được lấy đi.  
I **CHOOSE** to make an anatomical gift of all of my organs or tissue to be determined by medical suitability at the time of death, and artificial support may be maintained long enough for organs to be removed.
- [ ] Tôi **CHỌN** hiến một phần một số cơ quan và mô theo chỉ rõ dưới đây, và hỗ trợ nhân tạo có thể duy trì đủ lâu để các cơ quan được lấy đi.  
I **CHOOSE** to make a partial anatomical gift of some of my organs and tissue as specified below, and artificial support may be maintained long enough for organs to be removed.
- [ ] Tôi **TỪ CHỐI** hiến bất cứ cơ quan và mô nào của tôi.  
I **REFUSE** to make anatomical gift of any of my organs or tissue.
- [ ] Tôi **CHỌN** để người đại diện của tôi quyết định.  
I **CHOOSE** to let my agent decide.

**Ý NGUYỆN KHÁC:** Nếu quý vị có ý nguyện viết những hướng dẫn riêng, hoặc quý vị có ý nguyện thêm những hướng dẫn đưa ra bên trên, quý vị có thể thực hiện như vậy ở đây

**OTHER WISHES:** If you wish to write your own instructions, or you wish to add to the instructions you have given above, you may do so here.

Tôi chỉ định rằng

I direct that

(Thêm phụ trang nếu cần)  
(Add additional pages if needed)

### **PHẦN 3: CHỈ ĐỊNH BÁC SĨ CHÍNH** **PART 3: DESIGNATION OF PRIMARY PHYSICIAN(S)**

Tôi chỉ định bác sĩ dưới đây là bác sĩ chính. Nếu bác sĩ thứ nhất tôi chỉ định dưới đây không sẵn sàng, không thể hoặc không có mặt để hành động với tư cách là bác sĩ chính của tôi thì tôi chỉ định bác sĩ thay thế dưới đây là bác sĩ chính.

I designate the following physician as my primary physician. If the first physician I designate below is not willing, able or reasonably available to act as my primary physician, I designate the following alternate physician as my primary physician:

Tên bác sĩ (Name of physician)

Tên bác sĩ thay thế (Name of alternate physician)

Địa chỉ (Street address)

Địa chỉ (Street address)

Thành phố, tiểu bang, mã bưu tín (City, state, ZIP code)

Thành phố, tiểu bang, mã bưu tín (City, state, ZIP code)

Số điện thoại (phone number)

Số điện thoại (phone number)

**NHỮNG QUY ĐỊNH KHÁC:** Tôi hủy bỏ tất cả những Tiền Di Thư Chăm Sóc Sức Khỏe trước đây

**OTHER PROVISIONS:** I revoke any prior Advance Healthcare Directive.

Tiền Di Thư Chăm Sóc Sức Khỏe này sẽ có hiệu lực ngay khi tôi không có khả năng hoặc không đủ năng lực, trừ khi tôi viết tên tất vào ô thích hợp ở Phần I, trong trường hợp đó thẩm quyền người đại diện của tôi sẽ có hiệu lực ngay tức thì.

This Advance Healthcare Directive shall become effective upon my disability or incapacity, unless I have initialed the appropriate box in Part I, in which case, my agent's authority becomes effective immediately.

**HIỆU LỰC CỦA BẢN SAO:** bản sao của di thư này có hiệu lực như bản gốc.

**EFFECT OF COPY:** A copy of this form has the same effect as the original.

**HỦY BỎ:** Tôi hiểu rằng tôi có thể hủy bỏ **TIỀN DI THƯ CHĂM SÓC SỨC KHỎE TỰY CHỌN** này bất cứ lúc nào, và rằng nếu tôi hủy bỏ di thư, tôi sẽ kịp thời thông báo cho bác sĩ giám sát chăm sóc sức khỏe cho tôi và bất kỳ viện chăm sóc sức khỏe nơi tôi đang được chăm sóc và bất kỳ người nào tôi trao bản sao **giấy ủy quyền** này. Tôi hiểu rằng tôi có thể hủy bỏ sự chỉ định người đại diện chỉ khi bằng văn bản được ký tên hoặc đích thân tôi thông báo cho bác sĩ giám sát chăm sóc sức khỏe.

**REVOCATION:** I understand that I may revoke this **OPTIONAL ADVANCE HEALTHCARE DIRECTIVE** at any time, and that if I revoke it, I should promptly notify my supervising healthcare provider and any healthcare institution where I am receiving care and any others to whom I have given copies of this **power of attorney**. I understand that I may revoke the designation of an agent only by a signed writing or by personally informing the supervising healthcare provider.

**CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI ĐỨNG ĐƠN (Ký tên và ghi ngày tháng ở đây)**  
**SIGNATURE OF PRINCIPAL (Sign and date the form here)**

\_\_\_\_\_  
*Chữ ký của quý vị (your signature)*

\_\_\_\_\_  
*Ngày tháng (date)*

\_\_\_\_\_  
*In tên quý vị (print your name)*

\_\_\_\_\_  
*số an sinh xã hội để nhận dạng – không bắt buộc (your social Security number-optional- verifies identity)*

\_\_\_\_\_  
*Địa chỉ (street address)*

\_\_\_\_\_  
*Thành phố, tiểu bang, mã bưu tín (City, state, ZIP code)*

**CHỮ KÝ NHÂN CHỨNG**

Chỉ đề nghị, chứ không bắt buộc, rằng quý vị nên có hai người khác ký làm nhân chứng

**SIGNATURE OF WITNESSES**

It is recommended, but not required, that you have two other individuals sign as witnesses

\_\_\_\_\_  
*Chữ ký nhân chứng thứ nhất (signature of first witness)*

\_\_\_\_\_  
*Chữ ký nhân chứng thứ hai (signature of second witness) Ngày/date*

\_\_\_\_\_  
*In tên nhân chứng thứ nhất (print name of first witness witness)*

\_\_\_\_\_  
*In tên nhân chứng thứ hai (print name of second witness)*

\_\_\_\_\_  
*Địa chỉ (address)*

\_\_\_\_\_  
*Địa chỉ (address)*

\_\_\_\_\_  
*thành phố, tiểu bang, mã bưu tín ( city, state, zip code )*

\_\_\_\_\_  
*thành phố, tiểu bang, mã bưu tín (city, state, zip code)*