

Đính kèm mẫu đơn này và Tờ Ủy Quyền Chăm Sóc Sức Khỏe vào bản Anh ngữ đã hoàn tất và có chữ ký. Hãy giao các bản sao cho thân nhân, thân hữu, và bác sĩ của quý vị. Hãy mang theo các bản sao đến bệnh viện nếu quý vị bị bệnh và cần được chữa trị.

Attach this form and your Medical Power of Attorney form to a completed and signed English version of this form. Give copies to your family, close friends and doctor. Take copies to the hospital if you become ill and need treatment.

Lập Tờ Ủy Quyền Chăm Sóc Sức Khỏe

Completing Your Medical Power of Attorney

Ghi rõ họ tên của quý vị vào chỗ trống ở dòng đầu tiên. "Tôi, HỌ TÊN CỦA TÔI, là người ủy quyền, chọn..."

Print your name in the first blank line. "I, MY NAME, as principal, designate..."

Ghi rõ họ tên của người mà quý vị chọn để ủy quyền chăm sóc sức khỏe vào chỗ trống ở dòng tiếp theo. "TÊN NGƯỜI ĐƯỢC CHỌN, làm người đại diện cho tôi trong tất cả mọi vấn đề..."

Print the name of the person you choose to be your Medical Power of Attorney on the next blank line. "OTHER PERSON'S NAME, as my agent for all matters..."

Hãy ký tắt nếu quý vị ủy thác cho người đại diện có quyền đưa quý vị nhập viện tâm thần hoặc nội trú trong trường hợp bác sĩ yêu cầu.

Initial if you give your agent the power to admit you to an inpatient or psychiatric program if ordered by your doctor.

Hãy ký tắt nếu quý vị muốn cho biết rõ rằng văn bản này không thể bị hủy bỏ trong trường hợp quý vị không còn đủ tư cách.

Initial if you want to make it clear that this document may not be revoked if you are incapacitated

Ghi rõ địa chỉ và số điện thoại của người đại diện chăm sóc sức khỏe mà quý vị đã chọn vào dòng trống tiếp theo. ĐỊA CHỈ VÀ SỐ ĐIỆN THOẠI

Print the address and phone number of your chosen Medical Power of Attorney on the next blank line. ADDRESS AND PHONE

Quý vị có thể chọn một người dự khuyết để đại diện chăm sóc sức khỏe trong trường hợp người thứ nhất không có mặt hoặc không thể đưa ra quyết định cho quý vị. "TÊN NGƯỜI THỨ NHÌ" là người đại diện cho tôi..."

You may choose an alternate Medical Power of Attorney in case the first person is not available or unable to make decisions for you. "SECOND PERSON'S NAME as my agent..."

Ghi rõ ĐỊA CHỈ và SỐ ĐIỆN THOẠI của người đó. Nếu quý vị không có chọn người dự khuyết, hãy để trống những dòng này.

Print that person's ADDRESS and PHONE. If you do not choose an alternate, leave the lines blank.

Ký tên vào mẫu này trước mặt người chứng kiến không có quan hệ huyết thống, hôn nhân, hay nhận nuôi với quý vị. Người chứng kiến không thể là người thụ hưởng bất động sản của quý vị hoặc có trực tiếp tham gia chăm sóc sức khỏe của quý vị.

Sign this form in front of a witness who is not related to you by blood, marriage or adoption. The witness cannot be a beneficiary to your estate or be directly involved in your healthcare.

Tại tiểu bang Arizona, mẫu đơn này không cần phải được thị thực, nhưng trong mẫu vẫn có ô trống dành để thị thực nếu quý vị muốn.

It is not necessary to have this form notarized in Arizona, but there is space for a notary if you wish.

Đính kèm mẫu đơn này và Tờ Di Chúc Lâm Chung vào bản Anh ngữ đã hoàn tất và có chữ ký. Hãy giao các bản sao cho thân nhân, thân hữu, và bác sĩ của quý vị. Hãy mang theo các bản sao đến bệnh viện nếu quý vị bị bệnh và cần được chữa trị.

Attach this form and your Living Will form to a completed and signed English version of this form. Give copies to your family, close friends and doctor. Take copies to the hospital if you become ill and need treatment.