

Chỉ Thị Trước về Chăm Sóc Sức Khỏe tại California



ENGLISH

- ¹ ● This form has both Vietnamese and English pages.
- ² ● Both pages say the **same thing**.
- ³ ● This is so your doctors will know your wishes.
- ⁴ ● You **only** need to fill out the Vietnamese pages.

VIỆT NGỮ

- ¹ ● Mẫu đơn này có các trang Việt Ngữ và Anh Ngữ.
- ² ● Các trang Việt Ngữ và Anh Ngữ đều có **nội dung giống nhau**.
- ³ ● Mẫu đơn được viết bằng song ngữ để các bác sĩ biết được ước muốn của quý vị.
- ⁴ ● Quý vị **chỉ cần** điền vào các trang Việt Ngữ.

Lật sang trang kế



California Advance Health Care Directive

This form lets you have a say about how you want to be treated if you get very sick.

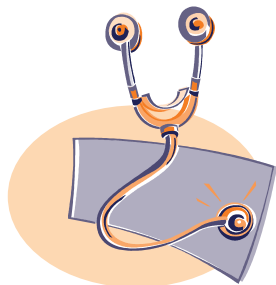


This form has 3 parts. It lets you:



Part 1: Choose a health care agent.

A health care agent is a person who can make medical decisions for you if you are too sick to make them yourself.



Part 2: Make your own health care choices.

This form lets you choose the kind of health care you want.

This way, those who care for you will not have to guess what you want if you are too sick to tell them yourself.



Part 3: Sign the form.

It must be signed before it can be used.

You can fill out Part 1, Part 2, or both.

Fill out only the parts you want.

Always sign the form in Part 3.

Go to the next page 

Chỉ Thị Trước về Chăm Sóc Sức Khỏe Tại California

Mẫu đơn này giúp quý vị nói lên quý vị muốn được điều trị như thế nào nếu bị bệnh quá nặng.

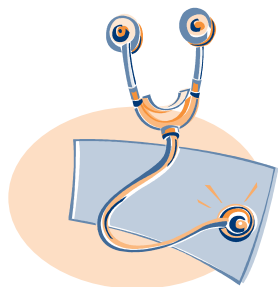


● Mẫu đơn này có ba phần, sẽ giúp quý vị:



Phần 1: Chọn người đại diện về chăm sóc sức khỏe.

Người đại diện về chăm sóc sức khỏe là người sẽ quyết định việc chăm sóc và điều trị cho quý vị nếu quý vị bị bệnh quá nặng và không thể tự quyết định cho quý vị



Phần 2: Tự chọn cách chăm sóc sức khỏe.

Mẫu đơn này giúp quý vị tự chọn phương cách điều trị mà quý vị muốn. Như vậy, những người điều trị cho quý vị không cần suy đoán xem quý vị muốn điều trị cách nào, nếu lúc đó quý vị bệnh quá nặng không thể nói lên được.



Phần 3: Ký tên vào mẫu đơn.

Mẫu đơn phải được ký tên đầy đủ mới có hiệu lực.

Quý vị có thể chỉ điền Phần 1, hoặc Phần 2, hoặc điền cả hai phần.

Chỉ điền vào phần nào quý vị muốn.

Luôn luôn phải nhớ ký tên vào Phần 3.

Lật sang trang kế 

If you only want a health care agent go to **Part 1** on page 3.

If you only want to make your own health care choices go to **Part 2** on page 6.

If you want both then fill out **Part 1 and Part 2.**

Always sign the form in **Part 3** on page 9.

What do I do with the form after I fill it out?

Share the form with those who care for you:

- doctors
- nurses
- social workers
- family
- friends



What if I change my mind?

- Change the form.
- Tell those that care for you about your changes.



What if I have questions about the form?

- Bring it to your doctors, nurses, social workers, family or friends to answer your questions.



What if I want to make health care choices that are not on this form?

- Write your choices on a piece of paper.
- Keep the paper with this form.
- Share your choices with those who care for you.

Nếu muốn chọn một người đại diện về chăm sóc sức khỏe xem **Phần 1** trang 3.

Nếu chỉ muốn tự chọn cách chăm sóc sức khỏe xem **Phần 2** trang 6.

Nếu muốn chọn cả hai thì quý vị điền vào **Phần 1** và **Phần 2**.

Luôn luôn nhớ ký tên vào Phần 3, trang 9.

● Tôi phải làm gì sau khi đã điền xong mẫu đơn này?

Cho những người chăm sóc quý vị xem mẫu đơn này:

- các bác sĩ
- các y tá
- cán sự xã hội
- thân nhân trong gia đình
- bạn thân



● Nếu tôi thay đổi ý kiến thì sao?

- Sửa lại mẫu đơn.
- Cho những người chăm sóc quý vị biết về sự sửa đổi này.



● Nếu tôi có câu hỏi về mẫu đơn này?

- Hỏi các bác sĩ, y tá, cán sự xã hội, thân nhân trong gia đình hoặc bạn thân để được giải đáp.



● Nếu cách điều trị tôi muốn chọn không có ghi trong mẫu đơn thì sao?

- Viết điều đó vào một miếng giấy.
- Kèm miếng giấy đó vào mẫu đơn này.
- Cho những người chăm sóc quý vị biết về ý muốn này.

PART 1

Choose your health care agent

The person who can make medical decisions for you if you are too sick to make them yourself.

Whom should I choose to be my health care agent?

A family member or friend who:



- is at least 18 years old
- knows you well
- can be there for you when you need them
- you trust to do what is best for you
- can tell your doctors about the decisions you made on this form

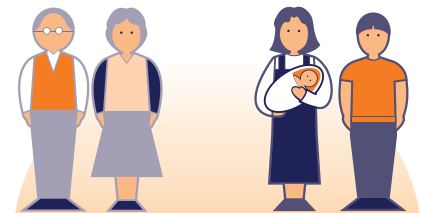


Your agent **cannot** be your doctor or someone who works at your hospital or clinic, unless they are a family member.

What will happen if I do not choose a health care agent?

If you are too sick to make your own decisions, your doctors will ask your closest family members to make decisions for you.

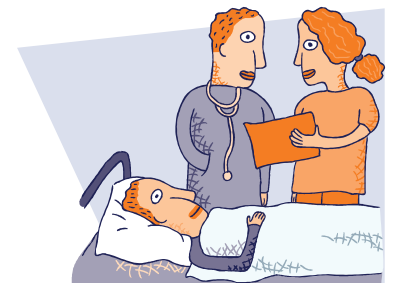
If you want your agent to be someone other than family, you must write his or her name on this form.



What kind of decisions can my health care agent make?

Agree to, say no to, change, stop or choose:

- doctors, nurses, social workers
- hospitals or clinics
- medications or tests
- what happens to your body and organs after you die



Go to the next page



3

PHẦN 1

Chọn Người Đại Diện về Chăm Sóc Sức Khỏe

Là người có thể quyết định việc chăm sóc và điều trị cho quý vị trong trường hợp quý vị bệnh quá nặng và không thể tự quyết định.

● Tôi nên chọn ai làm người đại diện về chăm sóc sức khỏe cho tôi?

Một thân nhân trong gia đình hoặc bạn thân, người này:



- ít nhất là 18 tuổi
- hiểu quý vị nhiều
- có thể đến lúc quý vị cần
- là người mà quý vị tin tưởng sẽ làm điều gì tốt nhất cho quý vị
- có thể nói cho bác sĩ biết về những gì quý vị đã viết trong mẫu đơn này

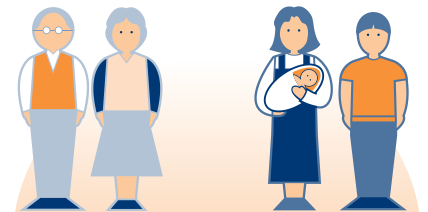


Người đại diện cho quý vị **không thể** là bác sĩ của quý vị, hoặc là người làm việc tại bệnh viện hoặc khoa khám bệnh, trừ trường hợp người này là thân nhân của quý vị.

● Nếu tôi không chọn một người đại diện thì việc gì sẽ xảy ra?

Nếu quý vị bệnh quá nặng không thể tự quyết định, bác sĩ sẽ yêu cầu một thân nhân có liên hệ gần nhất của quý vị quyết định mọi việc cho quý vị.

Nếu quý vị muốn người đại diện không phải là thân nhân trong gia đình, quý vị phải viết tên người đó vào mẫu đơn này.



● Người đại diện có thể quyết định những việc gì?

Đồng ý, từ chối, thay đổi, chấm dứt hoặc chọn:

- bác sĩ, y tá, cán sự xã hội
- bệnh viện hoặc khoa khám bệnh
- các loại thuốc hoặc các cuộc thử nghiệm
- biện pháp giải quyết về cơ thể và các bộ phận trong cơ thể của quý vị sau khi chết.



Lật sang trang kế



3

Other decisions your agent can make:

● **Life support treatments** - medical care to try to help you live longer

- **CPR or cardiopulmonary resuscitation**

cardio = heart pulmonary = lungs resuscitation = to bring back

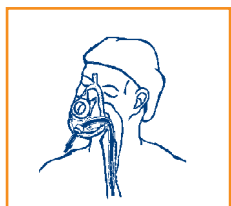


This may involve:

- pressing hard on your chest to keep your blood pumping
- electrical shocks to jump start your heart
- medicines in your veins

- **Breathing machine or ventilator**

The machine pumps air into your lungs and breathes for you. You are not able to talk when you are on the machine.



- **Dialysis**

A machine that cleans your blood if your kidneys stop working.

- **Feeding Tube**

A tube used to feed you if you cannot swallow. The tube is placed down your throat into your stomach. It can also be placed by surgery.



- **Blood transfusions**

To put blood in your veins.

- **Surgery**

- **Medicines**

● **End of life care** - if you might die soon your health care agent can:



- call in a spiritual leader
- decide if you die at home or in the hospital



Show your health care agent this form.

Tell your agent what kind of medical care you want.



Những việc khác mà người đại diện có thể quyết định:

● Các biện pháp duy trì sự sống – biện pháp y khoa giúp quý vị kéo dài sự sống

- **Hồi Sinh Cấp Cứu Tim và Phổi (CPR - cardiopulmonary resuscitation)**

cardio = tim pulmonary = phổi resuscitation = hồi sinh

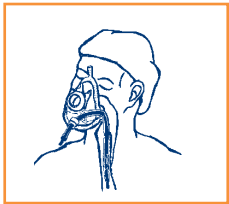


Kỹ thuật này bao gồm:

- ấn mạnh trên ngực để tiếp tục bơm cho máu lưu thông
- giật điện để kích thích tim đập trở lại
- truyền thuốc vào tĩnh mạch

- **Máy thở hoặc trợ hô hấp**

Máy bơm không khí vào phổi và thở cho quý vị.
Quý vị sẽ không nói được khi được gắn máy thở.



- **Lọc máu**

Máy sẽ lọc máu cho quý vị nếu thận ngưng hoạt động.

- **Đặt ống dinh dưỡng**

Dùng ống để truyền chất dinh dưỡng nếu quý vị không thể nuốt được. Ống được đặt vào miệng và xuống đến bao tử. Ống cũng có thể được đặt vào bằng cách giải phẫu.



- **Truyền máu**

Truyền máu vào tĩnh mạch.

- **Giải phẫu**

- **Dùng thuốc**

● Chăm sóc giờ phút cuối đời – nếu quý vị có thể sắp chết, người đại diện có thể:



- mời người lãnh đạo tinh thần đến cầu nguyện
- quyết định để quý vị chết tại nhà hoặc tại bệnh viện



Quý vị nên cho người đại diện xem mẫu đơn này.

Nói cho người đại diện biết ý muốn của quý vị.

Your Health Care Agent



- I want this person to make my medical decisions.

first name

last name

street address

city

state

zip code

() -

() -

home phone number

work phone number

- If the first person cannot do it, then I want this person to make my medical decisions.

first name

last name

street address

city

state

zip code

() -

() -

home phone number

work phone number

- Put an X next to the sentence you agree with.

- My health care agent can make decisions for me **now**.
- My health care agent will make decisions for me **only** after I cannot make my own decisions.

To make your own health care choices go to part 2 on the next page.

To sign this form go to part 3 on page 9.

Người Đại Diện Về Chăm Sóc Sức Khỏe



- Tôi muốn người này quyết định việc điều trị bệnh cho tôi.

Tên	Họ		
Địa chỉ	Thành phố	Tiểu Bang	Số vùng
()	—	()	—
Số điện thoại nhà	Số điện thoại sở làm		

- Nếu người thứ nhất không thể quyết định, tôi muốn người thứ hai này quyết định việc điều trị bệnh cho tôi.

Tên	Họ		
Địa chỉ	Thành phố	Tiểu Bang	Số vùng
()	—	()	—
Số điện thoại nhà	Số điện thoại sở làm		

- Đánh dấu X cạnh câu nào đúng theo ý muốn của quý vị.

- Người đại diện có thể quyết định giúp cho tôi ngay từ **bây giờ**.
- Người đại diện **chỉ** được quyền quyết định cho tôi khi nào tôi không còn khả năng tự quyết định được.

Muốn tự chọn phương cách điều trị xem Phần 2 ở trang kế.

Muốn ký tên vào mẫu đơn này xem Phần 3 ở trang 9.

PART 2

Make your own health care choices

Write down your choices so those who care for you will not have to guess.

Think about what makes your life worth living.

Put an X next to **all** the sentences you most agree with.

1 **My life is **only** worth living if I can:**

- a talk to family or friends
- b wake up from a coma
- c feed, bathe, or take care of myself
- d be free from pain
- e live without being hooked up to machines
- f I am not sure



2 **My life is always worth living no matter how sick I am**

If I am dying, it is important for me to be:

- 1** at home **2** in the hospital **3** I am not sure

Is religion or spirituality important to you?

- 1** yes **2** no

What should your doctors know about your religion or spirituality?

If you are sick, your doctors and nurses will always try to keep you comfortable and free from pain.



PHẦN 2

Tự quyết định việc chăm sóc sức khỏe

Viết xuống ý muốn của quý vị để những người chăm sóc quý vị không cần phải suy đoán.

● Hãy nghĩ xem điều gì sẽ làm cuộc đời của quý vị đáng sống.

Đánh dấu X bên cạnh **tất cả** những câu đúng theo ý muốn của quý vị.

1 Cuộc đời tôi **chỉ** đáng sống nếu tôi có thể:

- a nói chuyện được với gia đình và bạn hữu
- b tỉnh lại, không bị hôn mê
- c tự ăn uống, tắm rửa và chăm sóc bản thân
- d không bị đau đớn
- e sống mà không bị gắn liền vào các máy
- f tôi không biết chắc tôi muốn gì



2 Cuộc đời tôi lúc nào cũng đáng sống bất kể tôi bị bệnh nặng như thế nào.

● Trong giờ phút hấp hối, tôi muốn được ở:

- 1 tại nhà 2 tại bệnh viện 3 tôi không biết chắc

● Tôn giáo và tâm linh có quan trọng đối với quý vị không?

- 1 Có 2 Không

● Quý vị muốn cho bác sĩ biết gì về tôn giáo và tâm linh của quý vị?

Nếu quý vị bị bệnh, bác sĩ và y tá sẽ luôn luôn giúp cho quý vị được thoải mái và không đau đớn.



Life support treatments are used to try to keep you alive. These can be CPR, a breathing machine, feeding tubes, dialysis, blood transfusions, or medicine.

Put an X next to the sentences you most agree with.

Please read this whole page before you make your choices.

● If I am so sick that I may die soon:

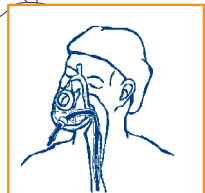
- 1 Try all life support treatments that my doctors think might help.

If the treatments **do not work** and there is little hope of getting better, **I want to stay** on life support machines.



- 2 Try all life support treatments that my doctors think might help.

If the treatments **do not work** and there is little hope of getting better, **I do not want to stay** on life support machines.



- 3 Try all life support treatments that my doctors think might help **but not** these treatments. Mark what you do not want.

a CPR

e feeding tube

b dialysis

f blood transfusion

c breathing machine

g medicine

d other treatments _____

- 4 I **do not want any** life support treatments.

- 5 I want my **health care agent** to decide for me.

- 6 I am not sure.

Go to the next page



Các biện pháp duy trì sự sống được áp dụng để giữ cho quý vị sống. Các biện pháp này có thể là CPR, máy trợ hô hấp, đặt ống dinh dưỡng, lọc máu, truyền máu hoặc dùng thuốc.

Đánh dấu X vào những câu nào mà quý vị đồng ý nhiều nhất.

Xin quý vị đọc hết trang này trước khi chọn một câu trả lời.

● Nếu tôi bị bệnh quá nặng đến mức độ có thể sắp chết:

1 Hãy áp dụng mọi biện pháp mà bác sĩ tin rằng có thể giữ cho tôi sống.

Nếu các biện pháp đều **không hiệu quả** và ít có hy vọng sống còn, **tôi muốn được** gắn liền vào máy để duy trì sự sống.



2 Hãy áp dụng mọi biện pháp mà bác sĩ tin rằng có thể giữ cho tôi sống.

Nếu các biện pháp đều **không hiệu quả** và ít có hy vọng sống còn, **tôi không muốn** gắn liền vào máy để duy trì sự sống.



3 Hãy áp dụng mọi biện pháp mà bác sĩ tin rằng có thể duy trì sự sống **ngoại trừ** các phương cách này. Đánh dấu những gì quý vị không muốn.

- | | |
|--|--|
| a <input type="radio"/> hồi sinh cấp cứu (CPR) | e <input type="radio"/> đặt ống dinh dưỡng |
| b <input type="radio"/> lọc máu | f <input type="radio"/> truyền máu |
| c <input type="radio"/> gắn máy thở | g <input type="radio"/> dùng thuốc |
| d <input type="radio"/> phương cách khác _____ | |

4 **Tôi không muốn** áp dụng bất cứ biện pháp duy trì sự sống nào.

5 Tôi muốn người **đại diện về chăm sóc sức khỏe** của tôi quyết định cho tôi.

6 Tôi không biết chắc tôi muốn gì.

Part 2: Make your own health care choices

Your doctors may ask about organ donation and autopsy after you die.
Please tell us your wishes.

Put an X next to the sentences you most agree with

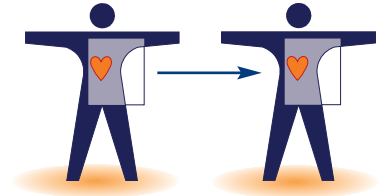
● Donating (giving) your organs can help save lives.

1 I **want** to donate my organs.

Which organs do you want to donate?

a any organs

b only _____



2 I **do not** want to donate my organs.

3 I want my **health care agent** to decide.

4 I am not sure.

● An autopsy can be done after death to find out why someone died. It is done by surgery. It can take a few days.

1 I **want** an autopsy.

2 I **do not** want an autopsy.

3 I may want an autopsy if there are questions about my death.

4 I want my **health care agent** to decide.

5 I am not sure.



● What should your doctors know about how you want your body to be treated after you die?



Phần 2: Tự quyết định việc chăm sóc sức khỏe

Bác sĩ có thể yêu cầu quý vị hiến tặng bộ phận trong cơ thể hoặc giải phẫu tử thi sau khi chết. Xin cho chúng tôi biết ý muốn của quý vị.

Đánh dấu bên cạnh những câu nào quý vị đồng ý nhiều nhất.

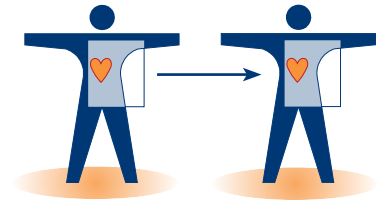
● Hiến tặng (cho) các bộ phận của quý vị có thể cứu mạng người khác.

1 Tôi muốn tặng các bộ phận trong cơ thể của tôi

Quý vị muốn tặng bộ phận nào?

a bất cứ bộ phận nào

b chỉ tặng _____



2 Tôi không muốn tặng các bộ phận trong cơ thể của tôi.

3 Tôi muốn người đại diện về chăm sóc sức khỏe của tôi quyết định.

4 Tôi không biết chắc tôi muốn gì

● Bác sĩ có thể khám nghiệm tử thi để biết tại sao người đó chết.

Khám nghiệm được thực hiện bằng cách giải phẫu tử thi.

Thủ tục này có thể mất vài ngày mới hoàn tất.

1 Tôi muốn giải phẫu tử thi của tôi.

2 Tôi không muốn giải phẫu tử thi của tôi.

3 Tôi sẽ muốn giải phẫu tử thi nếu có những nghi vấn về cái chết của tôi.

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

5 Tôi không biết chắc tôi muốn gì.



● Quý vị muốn bác sĩ làm gì với tử thi của quý vị sau khi chết?



PART 3 Sign the form

Before this form can be used, you must:

- sign this form
- have two witnesses sign the form

If you do not have witnesses, you need a notary public.
A notary public's job is to make sure it is you signing the form.



Sign your name and write the date.

_____ / /
sign your name date

_____ print your first name print your last name

_____ address city state zip code

Your witnesses must:

- be over 18 years of age
- know you
- see you sign this form



Your witnesses cannot:

- be your health care agent
- be your health care provider
- work for your health care provider
- work at the place that you live (if you live in a nursing home go to page 12)

Also, one witness cannot:

- be related to you in any way
- benefit financially (get any money or property) after you die

Witnesses need to sign their names on the next page.

If you do not have witnesses, take this form to a notary public and have them sign on page 11.

PHẦN 3

Ký tên

Để mẫu đơn này có hiệu lực, quý vị phải:

- ký tên vào đơn
- có hai nhân chứng ký tên vào đơn.

Nếu không có nhân chứng, quý vị phải đến công chứng viên để chứng thật chữ ký. Nhiệm vụ của công chứng viên là chứng nhận chữ ký này là của quý vị.



Quý vị cần ký tên và ghi ngày.

Ký Tên		Ngày	
Viết Tên (chữ in)		Họ	
Địa chỉ	Thành phố	Tiểu Bang	Số vùng

Nhân chứng phải:

- trên 18 tuổi
- quen biết quý vị
- nhìn thấy quý vị ký tên



Nhân chứng không thể:

- là người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị
- là bác sĩ của quý vị
- là người làm việc cho bác sĩ của quý vị
- là người làm việc tại nơi quý vị đang ở (nếu quý vị ở trong nhà điều dưỡng, xin xem trang 12)

Ngoài ra, một nhân chứng không thể:

- là người có liên hệ với quý vị về bất cứ phương diện nào
- là người thừa hưởng về tài chánh (tiền hoặc tài sản) sau khi quý vị chết

Hai nhân chứng phải ký tên ở trang kế.

Nếu không có nhân chứng, quý vị phải mang mẫu đơn này đến gặp công chứng viên và yêu cầu công chứng viên ký tên ở trang 11.

Part 3: Sign the form

Have your witnesses sign their names and write the date

By signing, I promise that _____, signed this form while I watched. They were thinking clearly and were not forced to sign it.

I also promise that:

- I know them or they could prove who they are
- I am 18 years or older
- I am not their health care agent
- I am not their health care provider
- I do not work for their health care provider
- I do not work where they live



One witness must also promise that:

- I am not related to them by blood, marriage, or adoption
- I will not benefit financially (get any money or property) after they die

Witness #1

_____ / _____ / _____
sign your name date

_____ print your first name _____ print your last name

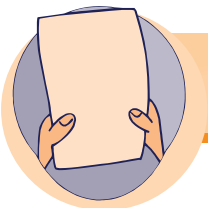
_____ address _____ city _____ state _____ zip code

Witness #2

_____ / _____ / _____
sign your name date

_____ print your first name _____ print your last name

_____ address _____ city _____ state _____ zip code



You are now done with this form.

Share this form with your doctors, nurses, social workers, friends, and your family.

Talk with them about your choices.



Yêu cầu hai nhân chứng ký tên và ghi ngày

Qua chữ ký, tôi cam kết rằng _____, đã ký tên vào mẫu đơn này với sự chứng kiến của tôi. Người này suy nghĩ rõ ràng và không bị ép buộc phải ký tên vào đơn này.

Tôi cũng cam kết rằng:

- Tôi quen biết người này hoặc người này có thể chứng minh họ là ai
- Tôi 18 tuổi hoặc lớn hơn
- Tôi không phải là người đại diện chăm sóc sức khỏe của người này
- Tôi không phải là bác sĩ điều trị cho người này
- Tôi không làm việc cho bác sĩ của người này
- Tôi không làm việc tại nơi người này đang ở



Một nhân chứng cũng phải cam kết rằng:

- Tôi không có liên hệ với người này qua huyết thống, hôn nhân, hoặc thừa nhận
- Tôi sẽ không thừa hưởng về tài chánh (nhận tiền hoặc tài sản) sau khi người này chết

● Nhân Chứng #1

Ký Tên

Ngày

Viết Tên (chữ in)

Họ

Địa chỉ

Thành phố

Tiểu Bang

Số Vùng

● Nhân Chứng #2

Ký Tên

Ngày

Viết Tên (chữ in)

Họ

Địa chỉ

Thành phố

Tiểu Bang

Số Vùng

Bây giờ thì quý vị đã hoàn tất mẫu đơn này.

Quý vị hãy cho bác sĩ, y tá, cán sự xã hội, bạn thân, và gia đình xem mẫu đơn này.

10 Thảo luận với họ về những điều quý vị đã chọn.



NOTARY PUBLIC

- Take this form to a notary public **ONLY** if two witnesses have not signed this form.
- Bring photo I.D. (driver's license, passport, etc.)



CERTIFICATE OF ACKNOWLEDGEMENT OF NOTARY PUBLIC

State of California

County of _____

On _____ before me, _____, personally
Date Here insert name and title of the officer
 appeared _____
Name(s) of Signer(s)

who proved to me on the basis of satisfactory evidence to be the person(s) whose name(s) is/are subscribed to the within instrument and acknowledged to me that he/she/they executed the same in his/her/their authorized capacity(ies), and that by his/her/their signature(s) on the instrument the person(s), or the entity upon behalf of which the person(s) acted, executed the instrument.

I certify under PENALTY OF PERJURY under the laws of the State of California that the foregoing paragraph is true and correct.

WITNESS my hand and official seal.

Signature _____
Signature of Notary Public

Description of Attached Document

Title or Type of document: _____

Date: _____ Number of pages: _____

Capacity(ies) Claimed by Signer(s)

Signer's Name: _____

- Individual
- Guardian or conservator
- Other _____

RIGHT THUMBPRINT OF SIGNER

Top of thumb here

(Notary Seal)

You are now done with this form.



Share this form with your doctors, nurses, social workers, friends, and your family.



Talk with them about your choices.

CÔNG CHỨNG VIÊN



- Quý vị chỉ mang mẫu đơn này đến công chứng viên **NẾU** không có hai nhân chứng ký tên vào mẫu đơn này.
- Mang theo thẻ căn cước có hình quý vị. (bằng lái xe, hộ chiếu, vv...)

CERTIFICATE OF ACKNOWLEDGEMENT OF NOTARY PUBLIC

State of California

County of _____

On _____ before me, _____, personally
Date Here insert name and title of the officer
 appeared _____
Name(s) of Signer(s)

who proved to me on the basis of satisfactory evidence to be the person(s) whose name(s) is/are subscribed to the within instrument and acknowledged to me that he/she/they executed the same in his/her/their authorized capacity(ies), and that by his/her/their signature(s) on the instrument the person(s), or the entity upon behalf of which the person(s) acted, executed the instrument.

I certify under PENALTY OF PERJURY under the laws of the State of California that the foregoing paragraph is true and correct.

WITNESS my hand and official seal.

Signature _____
Signature of Notary Public

Description of Attached Document

Title or Type of document: _____

Date: _____ Number of pages: _____

Capacity(ies) Claimed by Signer(s)

Signer's Name: _____

- Individual
- Guardian or conservator
- Other _____

**RIGHT THUMBPRINT
OF SIGNER**

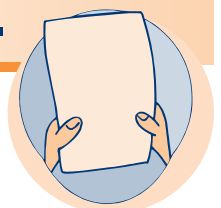
Top of thumb here

(Notary Seal)

Bây giờ thì quý vị đã hoàn tất mẫu đơn này.

Quý vị hãy cho bác sĩ, y tá, cán sự xã hội, bạn thân, và gia đình xem mẫu đơn này.

Thảo luận với họ về những điều quý vị đã chọn.



For California Nursing Home Residents ONLY

- Give this form to your nursing home director **only** if you live in a nursing home.
- California law requires nursing home residents to have the nursing home ombudsman as a witness of advance directives.

STATEMENT OF THE PATIENT ADVOCATE OR OMBUDSMAN

"I declare under penalty of perjury under the laws of California that I am a patient advocate or ombudsman as designated by the State Department of Aging and that I am serving as a witness as required by Section 4675 of the Probate Code."

_____ / /
sign your name

date

print your last name

city

state

zip code



This advance directive is in compliance with the California Probate Code, Section 4671-4675. <http://www.leginfo.ca.gov/calaw.html>

This work is licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike License. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.0/> or send a letter to Creative Commons, 559 Nathan Abbott Way, Stanford, California 94305, USA.



Dành Riêng Cho Những Người Ở Nhà Điều Dưỡng

- Nộp mẫu đơn này cho giám đốc nhà điều dưỡng **NẾU** quý vị ở trong nhà điều dưỡng.
- Luật California quy định những người ở trong nhà điều dưỡng phải có viên chức thanh tra (ombudsman) của nhà điều dưỡng làm một nhân chứng cho các chỉ thị trước.

LỜI TUYÊN BỐ CỦA NGƯỜI BÊN VỰC BỆNH NHÂN HOẶC THANH TRA STATEMENT OF THE PATIENT ADVOCATE OR OMBUDSMAN

“Tôi tuyên bố dưới sự chế tài về khai man của luật pháp California rằng tôi là một luật sư bệnh vực cho bệnh nhân, hoặc là viên chức thanh tra theo sự chỉ định của Department of Aging, và tôi đang làm nhân chứng theo luật định trong Đoạn 5 của 'Probate Code'.”

Ký Tên

Ngày

Viết chữ in Tên

Họ

Địa chỉ

Thành phố

Tiểu Bang

Số vùng