

GIẤY ỦY QUYỀN DÀI HẠN VỀ QUYẾT ĐỊNH CHĂM SÓC SỨC KHỎE

QUYẾT ĐỊNH CHỈ ĐỊNH NGƯỜI KHÁC ĐẠI DIỆN THAY TÔI

Tôi, (tên quý vị) _____ (ngày sinh) _____, chỉ định (những) người sau đây đưa ra các quyết định về chăm sóc sức khỏe thay tôi khi tôi không có khả năng thực hiện hoặc truyền đạt mong muốn của mình:

Người đại diện không được là nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đang điều trị, nhân viên của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đang điều trị, hoặc nhân viên, chủ sở hữu, giám đốc hoặc viên chức của một cơ sở, trừ khi người đó là họ hàng hoặc ràng buộc với quý vị bởi những lời thề tôn giáo.

VUI LÒNG VIẾT IN HOA:

Tên của Người đại diện: _____ Điện thoại _____ Điện thoại _____

Địa chỉ của Người đại diện: _____ Thành phố _____ Tiểu bang/Mã Zip _____

Tên của Người đại diện Thứ nhất: _____ Điện thoại _____ Điện thoại _____

Địa chỉ của Người đại diện: _____ Thành phố _____ Tiểu bang/Mã Zip _____

Tên của Người đại diện Thứ hai: _____ Điện thoại _____ Điện thoại _____

Địa chỉ của Người đại diện: _____ Thành phố _____ Tiểu bang/Mã Zip _____

Giấy ủy quyền về quyết định chăm sóc sức khỏe này sẽ có hiệu lực khi tôi không có khả năng đưa ra quyết định hoặc không có khả năng truyền đạt mong muốn của mình về việc chăm sóc sức khỏe. Giấy ủy quyền về quyết định chăm sóc sức khỏe này sẽ không bị ảnh hưởng bởi tình trạng khuyết tật hoặc mất năng lực sau này của tôi. Qua đây, mọi giấy ủy quyền dài hạn về quyết định chăm sóc sức khỏe mà tôi đã đưa ra trước đây đều bị thu hồi.

CÁC QUYỀN ĐƯỢC CẤP

Người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi được quyền:

1. Chấp thuận, từ chối chấp thuận, hoặc rút lại chấp thuận đối với bất kỳ việc chăm sóc, điều trị, dịch vụ hoặc thủ thuật nào để duy trì, chẩn đoán hoặc điều trị cho một tình trạng thể chất hoặc tâm thần;
2. Sắp xếp mọi việc cho tôi tại bất kỳ bệnh viện, cơ sở điều trị, cơ sở chăm sóc cuối đời, viện dưỡng lão hoặc cơ sở tương tự nào;
3. Thuê hoặc ngừng thuê các nhân viên chăm sóc sức khỏe bao gồm bác sĩ, bác sĩ tâm thần, nha sĩ, y tá, chuyên gia trị liệu hoặc những người khác giúp điều trị cho tôi;
4. Yêu cầu, nhận và xem xét bất kỳ thông tin nào, bằng lời nói hoặc bằng văn bản, liên quan đến các vấn đề cá nhân của tôi hoặc sức khỏe thể chất hoặc sức khỏe tâm thần bao gồm các hồ sơ y tế và hồ sơ của bệnh viện, và thực hiện bất kỳ việc tiết lộ thông tin hoặc tài liệu nào khác có thể được yêu cầu để có được thông tin đó; và
5. Đưa ra quyết định về việc hiến tặng nội tạng và mô, khám nghiệm tử thi và xử lý cơ thể của tôi.

Người đại diện của tôi sẽ ủy quyền chấp thuận đối với các hướng dẫn đặc biệt sau:

Tôi mong muốn trở thành một người hiến tặng nội tạng và mô. Tôi đã đính kèm thông tin về các lựa chọn điều trị mà tôi mong muốn người đại diện của tôi sẽ tôn trọng thực hiện. __ trang đính kèm.

HẠN CHẾ ĐỐI VỚI CÁC QUYỀN ĐƯỢC CẤP

Người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi không được:

1. Vượt quá các quyền được quy định bằng văn bản trong tài liệu này; hoặc
2. Thu hồi bất kỳ Tuyên bố Ý nguyện Điều trị nào hiện tại mà tôi có thể có.

X _____ ngày
chữ ký

Công chứng viên:

Dấu công chứng:

TIỂU BANG _____ QUỐC GIA _____

Tài liệu này được xác nhận trước mặt tôi vào ngày _____ của _____ (tháng, năm)

Chữ ký của Công chứng viên _____

hoặc

Nhân chứng: (nhân chứng không được là người đại diện hoặc họ hàng, hoặc người thụ hưởng của người ủy quyền)

X _____
(Chữ ký)

Ngày: _____

X _____
(Chữ ký)

Ngày: _____



Tài liệu này dựa trên Quy chế Kansas được Chủ thích, (58-625 đến 632) Các biểu mẫu và thông tin bổ sung được cung cấp thông qua

Tổ chức Giáo dục & Nghiên cứu Y tế Wichita 3306 E. Central,
Wichita, KS 67208
316-686-7172

www.wichitamedicalresearch.org

Tái bản 10/2011

BẢN QUYỀN 2011