



Tôi, \_\_\_\_\_ sẵn sàng và tự  
 Tên (First Name) Họ (Last Name) Ngày sinh (Date of Birth)

nguyện đưa ra mong muốn của mình trong trường hợp tôi không đủ khả năng đưa ra quyết định về việc chăm sóc của mình. Tài liệu này là tài liệu bổ sung cho chỉ dẫn trước của tôi về y tế mà tôi đã ký tên vào (ngày) \_\_\_\_\_ để chỉ định (Tên của đại diện) \_\_\_\_\_ làm đại diện của tôi.

Tài liệu này có hướng dẫn cụ thể để quản lý việc chăm sóc của tôi nếu tôi đang gặp khủng hoảng về sức khỏe tâm thần.

### I. Quyền Hạn Đặc Biệt Của Đại Diện Của Tôi Trong Việc Quản Lý Chăm Sóc Sức Khỏe Dưới Sự Phản Đồi Của Tôi

Phần này có hướng dẫn cụ thể về chăm sóc sức khỏe của tôi nếu tôi phản đối chăm sóc sức khỏe mà bác sĩ và đại diện y tế của tôi tin rằng tôi cần.

Quyền hạn của đại diện của tôi bao gồm:

(Gạch bỏ những quyền hạn mà quý vị KHÔNG muốn trao cho đại diện của mình.)

1. Cho phép tôi nhập viện tại cơ sở y tế để điều trị bệnh tâm thần theo luật định, ngay cả khi tôi phản đối.
  2. Cho phép chăm sóc y tế khác được cho phép theo luật mà đại diện y tế và bác sĩ của tôi tin rằng tôi cần, ngay cả khi tôi phản đối. Chăm sóc này có thể bao gồm bất kỳ loại chăm sóc y tế nào trừ khi tôi đã có chỉ định khác theo hướng dẫn cụ thể của tôi trong tài liệu này, trong chỉ dẫn trước hay trong chỗ trống bên dưới.
- Tôi không cho phép các loại chăm sóc y tế cụ thể sau đây:
- 
- 

[Để trao cho đại diện của quý vị bất kỳ quyền nào nêu trên, bác sĩ hoặc chuyên gia tâm lý lâm sàng có giấy phép hoạt động của quý vị phải ký tên vào tuyên bố trong ô bên dưới:]

Tôi là bác sĩ hoặc chuyên gia tâm lý lâm sàng có giấy phép hoạt động quen với người đã đưa ra tài liệu bổ sung cho chỉ dẫn trước về y tế này. Tôi chứng thực rằng anh ấy hoặc cô ấy hiện có khả năng đưa ra quyết định sáng suốt và anh ấy hoặc cô ấy hiểu rõ các hệ quả của quyền hạn đặc biệt được trao cho đại diện của mình trong Phần I của tài liệu bổ sung cho chỉ dẫn trước này.

Bác sĩ hoặc Chuyên gia Tâm lý Lâm sàng có  
 Giấy phép hành nghề (chữ ký)  
 (Physician or Licensed Clinical  
 Psychologist (signature))

Bác sĩ hoặc Chuyên gia Tâm lý Lâm sàng có  
 Giấy phép hành nghề (tên viết in)  
 (Physician or Licensed Clinical  
 Psychologist (print name))

Ngày  
 (Date)

Địa chỉ của bác sĩ hoặc Chuyên gia Tâm lý Lâm sàng có Giấy phép hành nghề  
 (Physician or Licensed Clinical Psychologist Address)

#### PATIENT IDENTIFICATION

If label is not available, please complete:

Patient Name: \_\_\_\_\_  
 Date of Birth: \_\_\_\_\_ Medical Record #: \_\_\_\_\_  
 Gender:  Male  Female

Inova

### Tài liệu Bổ sung cho Chỉ dẫn Trước Virginia cho Tình trạng Sức khỏe Tâm thần

Virginia Advance Directive Supplement for Mental Health Conditions

IAH  IFH  IFOH  ILH  IMVH VIETNAMESE

Page 1 of 2

CAT # 20937DT VI / R010721 • PKGS OF 50

## II. Hướng dẫn Chăm sóc Sức khỏe Tâm thần Bổ sung (nếu có)

[Nếu quý vị muốn đưa ra thêm hướng dẫn về chăm sóc sức khỏe tâm thần của mình, quý vị có thể thực hiện ở đây. Quý vị có thể sử dụng phần này để chỉ dẫn việc chăm sóc sức khỏe tâm thần của mình nếu quý vị không có đại diện. Nếu quý vị không đưa ra hướng dẫn cụ thể, chăm sóc sức khỏe tâm thần của quý vị sẽ dựa trên các giá trị và mong muốn của quý vị, nếu được biết và đến mức độ được luật pháp cho phép, và nhằm mang lại lợi ích tốt nhất cho quý vị.]

- A. Tôi đặc biệt chỉ dẫn tôi nhận được chăm sóc sức khỏe tâm thần sau đây nếu phù hợp về mặt y tế:

---

---

- B. Tôi đặc biệt chỉ dẫn tôi không nhận chăm sóc sức khỏe tâm thần sau đây:

---

---

- C. [Thay vì viết hướng dẫn trên mẫu đơn này, quý vị có thể chỉ dẫn rằng chăm sóc sức khỏe tâm thần của quý vị có thể được cung cấp theo kế hoạch quản lý khủng hoảng. Nếu quý vị đã chuẩn bị kế hoạch quản lý khủng hoảng, hãy đánh dấu vào ô sau đây và đính kèm kế hoạch quản lý khủng hoảng với tài liệu này.]

- Tôi chỉ dẫn rằng chăm sóc của tôi được cung cấp phù hợp với những ưu tiên và tôi đã trình bày trong kế hoạch quản lý khủng hoảng kèm theo đến mức độ được luật pháp cho phép.

**Khẳng Định và Quyền Thu Hồi:** Bằng cách ký tên bên dưới, tôi khẳng định rằng tôi hiểu tài liệu bổ sung cho chỉ dẫn trước về chăm sóc sức khỏe tâm thần này và tôi sẵn sàng và tự nguyện ký tên. Tôi cũng hiểu rằng tôi có thể thu hồi tất cả hay bất kỳ phần nào trong đó tại bất kỳ thời điểm nào theo luật định.

**Bệnh nhân** (chữ ký): \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_  
(Patient (signature)) (Date)

**Người được nêu tên ký tên vào chỉ dẫn trước này dưới sự có mặt của tôi** (cần HAI người lớn ký tên):

**Nhân chứng** (chữ ký): \_\_\_\_\_ (tên viết in): \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_  
(Witness (signature)) (print name) (Date)

Địa chỉ: \_\_\_\_\_  
(Address)

**Nhân chứng** (chữ ký): \_\_\_\_\_ (tên viết in): \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_  
(Witness (signature)) (print name) (Date)

Địa chỉ: \_\_\_\_\_  
(Address)

### Thông tin Người phiên dịch (Sẽ được Nhân viên của Inova hoàn thành, nếu có):

Interpreter Information (To be completed by Inova staff, if applicable):

- In person    Telephonic    Video   Interpreter name/ID number (if applicable) \_\_\_\_\_  
 Patient/Designated Decision Maker was offered and refused interpreter    Waiver signed

#### PATIENT IDENTIFICATION

If label is not available, please complete:

Patient Name: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_ Medical Record # \_\_\_\_\_

Gender:  Male  Female

**Inova**

**Tài liệu Bổ sung cho Chỉ dẫn Trước Virginia  
cho Tình trạng Sức khỏe Tâm thần**

Virginia Advance Directive Supplement for Mental Health Conditions  
VIETNAMESE