

Chỉ thị trước của tiểu bang Ohio:

Giấy ủy quyền chăm sóc sức khỏe

Tuyên bố về ý nguyện trị liệu

Tôi đã hoàn thành **Giấy Ủy Quyền Chăm Sóc Sức Khỏe**: Có Không

Tôi đã thêm các ghi chú đặc biệt vào Giấy Ủy Quyền Chăm Sóc Sức Khỏe của mình: Có Không

Tôi đã điền phần **Đề Cử (các) Người Giám Hộ** trong Giấy ủy quyền chăm sóc sức khỏe của mình: Có Không

Tôi đã hoàn thành **Tuyên bố về ý nguyện trị liệu**: Có Không

Tôi đã thêm các hướng dẫn đặc biệt vào Tuyên bố ý nguyện trị liệu của mình: Có Không

[GHI CHÚ: Khi quý vị ký tài liệu chỉ thị trước mới, các tài liệu tương tự trước đó sẽ tự động bị thu hồi trừ khi quý vị có điều kiện khác. [R.C. §1337.14 và R.C. §2133.04 (C)]

[GHI CHÚ: Nếu quý vị thực hiện thay đổi đối với chỉ thị trước, hãy nhớ thực hiện các thay đổi tương tự đối với những chỉ thị trước khác của mình.]

Giấy ủy quyền chăm sóc sức khỏe của tiểu bang Ohio

[R.C. §1337]

(Họ và tên)

(Ngày sinh)

Đây là Giấy Ủy Quyền Chăm Sóc Sức Khỏe của tôi. Tôi quyết định thu hồi tất cả các Giấy Ủy Quyền Chăm Sóc Sức Khỏe trước đây có chữ ký của mình. Tôi hiểu bản chất và mục đích của tài liệu này. Nếu có bất kỳ điều khoản nào được phát hiện là không hợp lệ hoặc không thể thực thi được thì điều đó sẽ không ảnh hưởng đến phần còn lại của tài liệu này.

Tôi hiểu rằng người đại diện của tôi chỉ có thể đưa ra các quyết định chăm sóc sức khỏe cho tôi khi và chỉ khi bác sĩ điều trị của tôi xác định rằng tôi đã mất khả năng đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe sáng suốt. Tuy nhiên, việc này không đòi hỏi hoặc ngụ ý rằng tòa án phải tuyên bố tôi không đủ năng lực hành vi dân sự.

Định nghĩa

Người trưởng thành có nghĩa là người từ 18 tuổi trở lên.

Đại diện hoặc người được ủy quyền thực tế có nghĩa là người trưởng thành có năng lực hành vi dân sự mà cá nhân ("thân chủ") nêu tên trong Giấy Ủy Quyền Chăm Sóc Sức Khỏe của mình để đưa ra các quyết định chăm sóc sức khỏe thay cho thân chủ.

Cung cấp dinh dưỡng hoặc nước uống bằng phương pháp nhân tạo hoặc công nghệ có nghĩa là truyền thực phẩm và chất lỏng qua đường truyền tĩnh mạch hoặc ống thông. *[Quý vị có thể từ chối hoặc ngừng tiếp nhận ống truyền thức ăn hoặc ủy quyền cho người đại diện trong Giấy Ủy Quyền Chăm Sóc Sức Khỏe của quý vị từ chối hoặc ngừng cho phép cung cấp dinh dưỡng hoặc nước theo phương pháp nhân tạo.]*

Khế ước có nghĩa là hình thức ban hành hợp đồng bảo hiểm để bảo vệ tài sản của người được giám hộ khỏi bị trộm cắp hoặc mất mát do Người giám hộ di sản không thực hiện đúng nhiệm vụ của mình.

Chăm sóc thoải mái có nghĩa là tất cả các biện pháp, thủ thuật y tế hoặc điều dưỡng, điều trị hay can thiệp nào, bao gồm truyền chất dinh dưỡng và/hoặc nước, được thực hiện để giảm bớt sự đau đớn hoặc khó chịu của bệnh nhân, nhưng không kéo dài sự sống.

CPR có nghĩa là hồi sức tim phổi, một trong các cách để kích hoạt nhịp thở hoặc nhịp tim của một người khi cả hai đã ngừng đập. Kỹ thuật này không bao gồm thông đường thở vì lý do nào khác so với hồi sức.

Không hồi sức hoặc y lệnh không hồi sức (Do Not Resuscitate, DNR) có nghĩa là chỉ định y tế của bác sĩ được ghi vào hồ sơ bệnh nhân để chỉ ra rằng không nên hồi sức tim phổi cho bệnh nhân.



Người giám hộ có nghĩa là người được tòa án chỉ định thông qua thủ tục tố tụng để ra quyết định thay mặt người được giám hộ. **Quyền giám hộ** là quyền được thiết lập theo chỉ định của tòa.

Chăm sóc sức khỏe có nghĩa là bất kỳ sự chăm sóc, điều trị, dịch vụ hoặc thủ thuật nào được thực hiện nhằm duy trì, chẩn đoán hoặc điều trị sức khỏe thể chất hay tinh thần của cá nhân.

Quyết định chăm sóc sức khỏe có nghĩa là đưa ra sự đồng ý sau khi hiểu rõ, từ chối đưa ra sự đồng ý sau khi hiểu rõ hoặc rút lại sự đồng ý sau khi hiểu rõ việc chăm sóc sức khỏe.

Giấy Ủy Quyền Chăm Sóc Sức Khỏe nghĩa là văn bản pháp lý cho phép thân chủ ủy quyền cho người đại diện đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho thân chủ trong hầu hết các tình huống chăm sóc sức khỏe khi thân chủ không còn khả năng đưa ra những quyết định như vậy. Ngoài ra, thân chủ có thể ủy quyền cho người đại diện thu thập thông tin sức khỏe được bảo vệ cho và thay mặt thân chủ ngay lập tức hoặc bất kỳ lúc nào. Giấy Ủy Quyền Chăm Sóc Sức Khỏe KHÔNG phải là giấy ủy quyền tài chính.

Tài liệu Giấy Ủy Quyền Chăm Sóc Sức Khỏe cũng có thể được dùng để chỉ định đối tượng làm người giám hộ cho cá nhân hoặc di sản của thân chủ. Ngay cả khi tòa án chỉ định người giám hộ cho thân chủ, Giấy Ủy Quyền Chăm Sóc Sức Khỏe vẫn có hiệu lực trừ khi tòa án có quy định khác.

Điều trị duy trì sự sống có nghĩa là bất kỳ thủ tục y tế, điều trị, can thiệp hoặc biện pháp nào khác áp dụng cho bệnh nhân chủ yếu để kéo dài khả năng sống.

Tuyên bố ý nguyện trị liệu có nghĩa là văn bản pháp lý cho phép người trưởng thành có năng lực hành vi dân sự (“người khai”) chỉ định dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà người khai muốn hoặc không muốn khi họ bị bệnh giai đoạn cuối hoặc bất tỉnh vĩnh viễn và không thể bày tỏ mong muốn của mình được nữa. Tài liệu này KHÔNG phải và không có tính chất thay thế cho di chúc, mà đây là tài liệu được sử dụng để chỉ định người thi hành quản lý di sản cho một người sau khi qua đời.

Tình trạng bất tỉnh vĩnh viễn có nghĩa là tình trạng không thể phục hồi, trong đó bệnh nhân vĩnh viễn rơi vào tình trạng không nhận thức được bản thân cũng như môi trường xung quanh. Ít nhất phải có hai bác sĩ khám cho bệnh nhân và đồng thuận rằng bệnh nhân đã mất hoàn toàn chức năng não cấp cao, đồng thời không thể chịu đựng hoặc cảm thấy đau đớn.

Thân chủ có nghĩa là người trưởng thành có năng lực hành vi dân sự ký Giấy Ủy Quyền Chăm Sóc Sức Khỏe.

Tình trạng giai đoạn cuối có nghĩa là tình trạng không thể hồi phục, không thể chữa khỏi và không thể điều trị do bệnh tật, bệnh trạng hoặc thương tích gây ra, mà ở mức độ chắc chắn hợp lý về mặt y tế do bác sĩ điều trị của thân chủ và một bác sĩ khác đã khám cho thân chủ xác định theo các tiêu chuẩn y tế hợp lý, áp dụng cho cả hai trường hợp sau: (1) không thể hồi phục và (2) có thể tử vong trong thời gian tương đối ngắn nếu không thực hiện điều trị duy trì sự sống.

Người được bảo trợ có nghĩa là người được tòa án xác định không đủ năng lực hành vi dân sự. Người được bảo trợ, di sản tài chính, hoặc cả hai, đều sẽ được người giám hộ mà tòa án chỉ định và giám sát bảo vệ.

Chỉ định người đại diện của tôi. Người có tên dưới đây là người đại diện của tôi, theo đó là người sẽ đưa ra các quyết định chăm sóc sức khỏe cho tôi như được ủy quyền trong tài liệu này.

Tên và mối quan hệ của người đại diện: _____

Địa Chỉ: _____

(Các) Số điện thoại: _____

Bằng cách ký tắt, ký tên, đánh dấu vào hộp kiểm hoặc đánh dấu khác vào ô này, tôi đặc biệt ủy quyền cho người đại diện của tôi lấy thông tin chăm sóc sức khỏe được bảo vệ của tôi ngay lập tức và vào bất kỳ thời điểm nào trong tương lai.

Hướng dẫn cho người đại diện. Người đại diện của tôi sẽ đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho tôi dựa trên hướng dẫn của tôi trong tài liệu này và mong muốn của tôi mà người đại diện của tôi đã biết. Nếu người đại diện của tôi cho rằng mong muốn của tôi mâu thuẫn với nội dung trong tài liệu này thì tài liệu này sẽ được ưu tiên. Nếu không có hướng dẫn nào và nếu mong muốn của tôi không rõ ràng hoặc không thể xác định được trong bất kỳ tình huống cụ thể nào thì người đại diện của tôi sẽ xác định dựa trên lợi ích tốt nhất của tôi sau khi xem xét các lợi ích, gánh nặng và rủi ro có thể xảy ra từ một quyết định nhất định. Nếu không có người đại diện, tài liệu này sẽ đưa ra hướng dẫn về cách quyết định liên quan đến việc chăm sóc sức khỏe của tôi.

Chỉ định người đại diện thay thế. Nếu người đại diện có tên ở trên của tôi không có mặt ngay tức khắc hoặc không sẵn lòng hoặc không thể đưa ra quyết định cho tôi thì tôi chỉ định, theo thứ tự ưu tiên đã nêu, những người được liệt kê dưới đây làm đại diện thay thế của tôi *[gạch bỏ những dòng không sử dụng]*:

Tên và mối quan hệ của người đại diện thay thế đầu tiên: _____

Địa Chỉ: _____

(Các) Số điện thoại: _____

Tên và mối quan hệ của người đại diện thay thế thứ hai: _____

Địa Chỉ: _____

Số điện thoại: _____

Tất cả mọi người đều có thể dựa vào tuyên bố của bất kỳ người đại diện thay thế nào có tên ở trên để chứng thực rằng họ đang hành động đúng đắn theo tài liệu này và người đó không phải thực hiện bất kỳ cuộc điều tra hoặc truy vấn nào thêm.

Quyền của người đại diện. Ngoại trừ những mục tôi đã gạch bỏ cũng như ưu tiên tuân theo bất kỳ lựa chọn nào tôi đã lập trong Giấy Ủy Quyền Chăm Sóc Sức Khỏe này, người đại diện của tôi có toàn quyền đưa ra mọi quyết định liên quan đến vấn đề chăm sóc sức khỏe cho tôi. Thẩm quyền này bao gồm nhưng không giới hạn ở những điều sau:

1. Đồng ý cho sử dụng thuốc giảm đau hoặc phương pháp điều trị hoặc thủ thuật (bao gồm cả phẫu thuật) mà người đại diện của tôi sau khi nghe lời khuyên y tế cho rằng có thể mang lại sự thoải mái cho tôi, mặc dù những loại thuốc, phương pháp điều trị hoặc thủ thuật đó có thể đẩy nhanh cái chết.
2. Nếu tôi đang ở trong tình trạng giai đoạn cuối và tôi không có Tuyên bố ý nguyện trị liệu đề cập đến việc điều trị cho tình trạng đó thì người đại diện có thể đưa ra các quyết định liên quan đến việc điều trị duy trì sự sống, bao gồm cả cung cấp dinh dưỡng hoặc nước theo phương pháp nhân tạo hoặc công nghệ.
3. Đưa ra, rút lại hoặc từ chối đưa ra sự đồng ý sau khi hiểu rõ bất kỳ quy trình chăm sóc sức khỏe, điều trị, can thiệp hoặc biện pháp nào khác.
4. Yêu cầu, xem xét và nhận bất kỳ thông tin nào, bằng lời nói hoặc bằng văn bản, liên quan đến tình trạng thể chất hoặc tinh thần của tôi, bao gồm nhưng không giới hạn ở tất cả hồ sơ y tế và chăm sóc sức khỏe của tôi.
5. Đồng ý tiết lộ thêm thông tin và tiết lộ thông tin y tế cũng như thông tin liên quan liên quan đến tình trạng và việc điều trị của tôi cho người khác.
6. Thay tôi tiết lộ hoặc nộp tài liệu nào khác có thể được yêu cầu để thu thập thông tin y tế và thông tin liên quan.
7. Thực hiện đồng thuận, từ bỏ và miễn trừ trách nhiệm pháp lý đối với tôi và đối với di sản của tôi cho tất cả những người tuân thủ chỉ dẫn và quyết định từ người đại diện của tôi. Bồi thường chi phí và miễn trừ trách nhiệm tài chính liên quan cho bất kỳ người nào hành động dựa vào Giấy Ủy Quyền Chăm Sóc Sức Khỏe này. Tôi sẽ chịu trách nhiệm chi trả chi phí cho những hoạt động mà người đại diện của tôi cần thực hiện.
8. Lựa chọn, tuyển dụng và sa thải nhân viên chăm sóc sức khỏe cũng như các chương trình cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà và những dịch vụ tương tự.
9. Lựa chọn, ký hợp đồng để tôi nhập viện, chuyển tôi đến cơ sở khác hoặc cho phép tôi xuất viện khỏi bất kỳ cơ sở y tế hoặc chăm sóc sức khỏe nào, bao gồm nhưng không giới hạn ở bệnh viện, viện dưỡng lão, cơ sở hỗ trợ sinh hoạt, nhà an dưỡng cuối đời, nhà chăm sóc nội trú dành cho người lớn và những nơi tương tự.
10. Vận chuyển tôi hoặc sắp xếp việc vận chuyển tôi đến nơi đồng ý thực hiện theo Giấy Ủy Quyền Chăm Sóc Sức Khỏe này, nếu tôi đang ở nơi không đồng ý thực hiện theo các điều khoản của tài liệu này.
11. Hoàn thành và ký tên thay tôi những tài liệu như sau:
 - Chấp thuận điều trị chăm sóc sức khỏe hoặc ban hành Y Lệnh Không Hồi Sức (DNR) hoặc các y lệnh tương tự khác; và
 - Yêu cầu được chuyển đến cơ sở khác, được xuất viện theo khuyến nghị chăm sóc sức khỏe hoặc các yêu cầu tương tự khác; và
 - Bất kỳ tài liệu nào khác cần thiết để thực hiện các quyết định chăm sóc sức khỏe mà người đại diện của tôi được ủy quyền thực hiện theo tài liệu này.

Hướng dẫn đặc biệt. [Những hướng dẫn này chỉ áp dụng nếu tôi **KHÔNG** có Tuyên bố ý nguyện trị liệu đang hiệu lực.]



Bằng cách ký tắt, ký tên, đánh dấu kiểm hoặc dấu khác vào ô này, tôi đặc biệt ủy quyền cho người đại diện của tôi từ chối hoặc rút lại sự đồng ý (nếu việc điều trị đã bắt đầu) đối với việc truyền dinh dưỡng hoặc nước uống theo phương pháp nhân tạo hoặc công nghệ nếu tôi đang trong tình trạng bất tỉnh vĩnh viễn VÀ bác sĩ của tôi cùng ít nhất một bác sĩ khác khám cho tôi đã xác định, ở mức độ chắc chắn hợp lý về mặt y tế, rằng việc truyền dinh dưỡng và nước theo phương pháp nhân tạo hoặc công nghệ sẽ không mang lại sự thoải mái hay giảm bớt cơn đau cho tôi.
[R.C. §1337.13(E)(2)(a) và (b)]

Hạn chế quyền của người đại diện. Tôi hiểu rằng thẩm quyền người đại diện của tôi có những hạn chế theo luật bang Ohio:

1. Người đại diện của tôi không có quyền từ chối hoặc rút lại sự đồng ý sau khi đã hiểu rõ đối với những hạng mục chăm sóc sức khỏe cần thiết nhằm cung cấp dịch vụ chăm sóc thoải mái.
2. Người đại diện của tôi không có quyền từ chối hoặc rút lại sự đồng ý sau khi đã hiểu rõ đối với dịch vụ chăm sóc sức khỏe nếu tôi đang mang thai, nếu việc từ chối hoặc rút lại dịch vụ chăm sóc sức khỏe sẽ chấm dứt thai kỳ, trừ khi việc mang thai hoặc việc chăm sóc sức khỏe sẽ gây ra rủi ro đáng kể cho tính mạng của tôi, hoặc trừ khi bác sĩ điều trị của tôi cùng ít nhất một bác sĩ khác ở mức độ chắc chắn hợp lý về mặt y tế xác định rằng thai nhi sẽ không thể sống được khi sinh ra.
3. Người đại diện của tôi không thể ra lệnh hủy bỏ phương pháp điều trị duy trì sự sống, bao gồm truyền dinh dưỡng hoặc nước theo phương pháp nhân tạo hoặc công nghệ, trừ khi tôi đang ở trong tình trạng giai đoạn cuối hoặc trong tình trạng bất tỉnh vĩnh viễn và có hai bác sĩ đã xác định rằng việc điều trị duy trì sự sống sẽ không hoặc sẽ không còn mang lại sự thoải mái hay giảm bớt cơn đau của tôi nữa.
4. Nếu trước đây tôi đã chấp thuận với bất kỳ dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào, người đại diện của tôi không thể rút lại phương pháp điều trị đó trừ khi tình trạng của tôi thay đổi đáng kể khiến việc chăm sóc sức khỏe đó giảm đáng kể khả năng mang lại lợi ích cho tôi hoặc trừ khi việc chăm sóc sức khỏe đó không đạt được mục đích ban đầu khi tôi đã chọn dịch vụ chăm sóc sức khỏe đó.

Hướng Dẫn Hoặc Hạn Chế Bổ Sung. Tôi có thể đưa ra hướng dẫn bổ sung hoặc áp đặt các giới hạn bổ sung đối với thẩm quyền người đại diện của tôi. Dưới đây là hướng dẫn hoặc hạn chế cụ thể của tôi:

[Nếu chỗ trống bên dưới không đủ, quý vị có thể đính kèm thêm trang. Nếu quý vị không có bất kỳ hướng dẫn hoặc giới hạn bổ sung nào, hãy viết "Không có" vào bên dưới.]

ĐỀ CỬ NGƯỜI GIÁM HỘ

[R.C. §1337.28 (A) và R.C. §2111.121]

[Quý vị có thể, nhưng không bắt buộc, sử dụng tài liệu này để chỉ định người giám hộ khi bắt đầu thủ tục giám hộ cho cá nhân hoặc di sản của quý vị.]

Tôi hiểu rằng bất kỳ người nào tôi chỉ định đều không bắt buộc phải chấp nhận nhiệm vụ giám hộ và tòa án chứng thực di chúc sẽ duy trì thẩm quyền đối với mọi quyền giám hộ. [R.C. §2111.121(C)]

Tôi hiểu rằng tòa án sẽ tôn trọng đề cử của tôi trừ khi có lý do chính đáng hoặc cá nhân không đủ điều kiện. [R.C. §2111.121(B)]

Tôi hiểu rằng, nếu tòa chỉ định **người giám hộ cá nhân** cho tôi, nhiệm vụ của người giám hộ đó sẽ bao gồm việc thay mặt tôi đưa ra các quyết định hàng ngày mang tính chất cá nhân, chẳng hạn như thực phẩm, quần áo và những sắp xếp trong cuộc sống, nhưng Giấy Ủy Quyền Chăm Sóc Sức Khỏe này hoặc bất kỳ Giấy Ủy Quyền Chăm Sóc Sức Khỏe nào sau đó sẽ vẫn có hiệu lực và kiểm soát các quyết định chăm sóc sức khỏe cho tôi, trừ khi tòa án có quyết định khác. Tòa án sẽ xác định các giới hạn, đình chỉ hoặc chấm dứt giấy ủy quyền này hay bất kỳ Giấy Ủy Quyền Chăm Sóc Sức Khỏe nào sau đó nếu họ thấy rằng việc giới hạn, đình chỉ hoặc chấm dứt đó là vì lợi ích tốt nhất của tôi. [R.C. §1337.28 (C)]

Tôi xác nhận rằng thẩm quyền được ủy thác cho người đại diện trong Giấy Ủy Quyền Chăm Sóc Sức Khỏe của tôi sẽ miễn trừ nhu cầu cần bất kỳ tòa án nào tham gia trong việc chỉ định người giám hộ cho cá nhân tôi. Tuy nhiên, nếu các thủ tục tố tụng như vậy được thực hiện, tôi sẽ chỉ định (những) người dưới đây theo thứ tự được liệt kê là **người giám hộ cá nhân của tôi**.

Bằng cách ký tắt, ký tên, đánh dấu kiểm hoặc dấu khác vào ô này, tôi chỉ định người đại diện của tôi và (những) người đại diện thay thế, nếu có, làm **người giám hộ cá nhân của tôi**, theo thứ tự có tên ở trên.

Nếu tôi không chọn người đại diện của mình hoặc người đại diện thay thế nào làm **người giám hộ cá nhân của tôi**, tôi sẽ chọn (những) người sau, theo thứ tự này *[gạch bỏ những dòng không sử dụng]*:

Gạch X nếu không sử dụng

Tên và mối quan hệ của người giám hộ cá nhân cho tôi: _____

Địa Chỉ: _____

Số điện thoại: _____

Tên và mối quan hệ của người giám hộ thay thế cho cá nhân tôi: _____

Địa Chỉ: _____

Số điện thoại: _____

Người giám hộ di sản có nghĩa là người được tòa án chỉ định thay mặt người được giám hộ đưa ra các quyết định tài chính với sự tham gia của tòa án. Người giám hộ di sản phải đặt cọc bảo lãnh, trừ khi việc đặt cọc bảo lãnh được miễn bằng văn bản hoặc tòa án thấy không cần thiết.

Bằng cách ký tắt, ký tên, đánh dấu kiểm hoặc dấu khác vào ô này, tôi chỉ định người đại diện của mình hoặc (những) người đại diện thay thế, nếu có, làm **người giám hộ di sản của tôi**, theo thứ tự có tên ở trên.

Nếu tôi không chọn người đại diện của mình hoặc người đại diện thay thế làm **người giám hộ di sản của tôi**, tôi sẽ chọn (những) người sau, theo thứ tự này [*gạch bỏ những dòng không sử dụng*]:

Gạch X nếu không sử dụng

Người giám hộ di sản của tôi và mối quan hệ: _____

Địa Chỉ: _____

Số điện thoại: _____

Người giám hộ thay thế cho di sản của tôi và mối quan hệ: _____

Địa Chỉ: _____

Số điện thoại: _____

Bằng cách ký tắt, ký tên, đánh dấu kiểm hoặc dấu khác vào ô này, tôi chỉ đạo miễn trừ đặt cọc bảo lãnh cho người giám hộ hoặc người kế nhiệm **giám hộ di sản của tôi**. [R.C. §1337.28 (B)]

Nếu tôi **không** đánh dấu bất kỳ dấu nào vào ô này, điều đó có nghĩa là tôi mong muốn người giám hộ hoặc người giám hộ kế thừa quản lý di sản của tôi sẽ thực hiện đặt cọc bảo lãnh. [R.C. §1337.28 (B)]

Không có ngày hết hạn. Giấy ủy quyền chăm sóc sức khỏe này sẽ không có ngày hết hạn và sẽ không bị ảnh hưởng bởi tình trạng thương tật của tôi hoặc thời gian.

Người đại diện thực thi. Người đại diện của tôi có thể sử dụng tiền của tôi để thực hiện thay tôi bất kỳ hành động nào mà người đại diện của tôi cho là phù hợp để thực thi mong muốn của tôi theo tài liệu này.

Miễn trừ trách nhiệm cá nhân của Người đại diện. Người đại diện của tôi sẽ không chịu trách nhiệm pháp lý đối với tôi hoặc bất kỳ người nào khác về mọi hành vi vi phạm nghĩa vụ nào trừ khi hành vi vi phạm nghĩa vụ đó được thực hiện một cách không trung thực, với động cơ không đúng đắn hoặc với sự thờ ơ thiếu cân nhắc về mục đích của tài liệu này hoặc lợi ích tốt nhất của tôi. [R.C. §1337.35]

Bản sao có giá trị Giống như Bản gốc. Bất kỳ ai cũng có thể dựa vào bản sao của tài liệu này. [R.C. §1337.26(D)]

Đơn đăng ký ngoài tiểu bang. Tôi mong muốn mọi người sẽ tuân thủ theo tài liệu này ở bất kỳ khu vực pháp lý nào trong phạm vi pháp luật cho phép. [R.C. §1337.26(C)]

Tôi đã hoàn thành **Tuyên bố ý nguyện trị liệu**:

Có

Không

CHỮ KÝ CỦA THÂN CHỦ

Tôi hiểu rằng tôi có trách nhiệm thông báo cho các thành viên trong gia đình tôi và bác sĩ, luật sư, cố vấn tôn giáo của tôi và những người khác về Giấy Ủy Quyền Chăm Sóc Sức Khỏe này. Tôi hiểu rằng tôi có thể đưa bản sao Giấy ủy quyền chăm sóc sức khỏe này cho bất kỳ người nào.

Tôi hiểu rằng tôi có thể nộp bản sao Giấy Ủy Quyền Chăm Sóc Sức Khỏe này cho tòa án chứng thực di chúc để lưu trữ. [R.C. §1337.12(E)(3)]

Tôi hiểu rằng tôi phải ký vào Giấy Ủy Quyền Chăm Sóc Sức Khỏe này và nêu rõ ngày tôi ký, bên cạnh đó, việc ký tên của tôi phải có sự chứng kiến của hai người trưởng thành hội đủ điều kiện chứng kiến việc ký tên của tôi HOẶC phải có công chứng viên xác nhận. [R.C. §1337.12]

Tôi đã ký tên vào Giấy Ủy Quyền Chăm Sóc Sức Khỏe này

vào _____, lúc _____, Ohio.

Thân chủ

[Chọn Nhân chứng HOẶC Xác nhận của công chứng viên.]

NHÂN CHỨNG [R.C. §1337.12(B)]

[Những người sau đây KHÔNG THỂ làm nhân chứng cho Giấy Ủy Quyền Chăm Sóc Sức Khỏe này:

- *Người đại diện của quý vị, nếu có;*
- *Người giám hộ cá nhân hoặc di sản của quý vị, nếu có;*
- *Bất kỳ người đại diện hoặc người giám hộ thay thế hoặc kế nhiệm nào, nếu có;*
- *Bất kỳ ai có quan hệ huyết thống, hôn nhân, hoặc thủ tục nhận con nuôi với quý vị (ví dụ: vợ/chồng và con cái của quý vị);*
- *Bác sĩ điều trị cho quý vị; và*
- *Người quản lý của bất kỳ viện dưỡng lão nào mà quý vị đang được chăm sóc.]*

Tôi chứng thực rằng thân chủ đã ký hoặc thừa nhận Giấy Ủy Quyền Chăm Sóc Sức Khỏe này trước sự chứng kiến của tôi và rằng thân chủ có biểu hiện tinh táo cũng như không bị hoặc chịu sự ép buộc, gian lận hay ảnh hưởng quá mức từ ai.

_____/_____/_____
Chữ ký của nhân chứng / Tên in hoa của nhân chứng / Ngày

Địa chỉ của nhân chứng

_____/_____/_____
Chữ ký của nhân chứng thứ hai / Tên in hoa của nhân chứng thứ hai / Ngày

Địa chỉ của nhân chứng thứ hai

HOẶC, nếu không có nhân chứng:

XÁC NHẬN CỦA CÔNG CHỨNG VIÊN [R.C. §1337.12]

Tiểu bang Ohio

Quận _____ ss.

Vào _____, trước mặt tôi, công chứng viên ký tên dưới đây

_____, thân chủ của Giấy Ủy Quyền Chăm Sóc Sức Khỏe nêu trên đã đích thân có mặt và thừa nhận rằng mình đã thực hiện việc nêu trên vì các mục đích được trình bày trong đó. Tôi chứng thực rằng thân chủ có biểu hiện tinh táo và không bị hoặc chịu sự ép buộc, gian lận hoặc ảnh hưởng quá mức từ ai.

Công chứng viên

Ngày hết hạn ủy nhiệm: _____

Ủy nhiệm của tôi có hiệu lực vĩnh viễn

© Tháng Tám 2016. Có thể được in lại và sao chép để công chúng, luật sư, bác sĩ y khoa và chính hình, bệnh viện, hiệp hội luật sư, hiệp hội y tế, hiệp hội và tổ chức phi lợi nhuận sử dụng. Không được phép sao chép tài liệu này vì mục đích thương mại để kiếm lợi nhuận.

THÔNG BÁO DÀNH CHO NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH THI HÀNH TÀI LIỆU NÀY

Đây là một tài liệu pháp lý quan trọng. Trước khi thực hiện tài liệu này, quý vị nên biết những thông tin sau:

Tài liệu này cung cấp cho người mà quý vị chỉ định (người đại diện trong thực tế) quyền đưa ra các quyết định chăm sóc sức khỏe NHIỀU NHẤT cho quý vị nếu quý vị mất khả năng đưa ra các quyết định chăm sóc sức khỏe sáng suốt cho chính mình. Quyền này chỉ có hiệu lực khi bác sĩ điều trị của quý vị xác định rằng quý vị đã mất khả năng đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe sáng suốt cho bản thân và, mặc dù có tài liệu này, miễn là quý vị có khả năng đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe sáng suốt cho chính mình, quý vị vẫn có quyền đưa ra mọi quyết định y tế và chăm sóc sức khỏe khác cho quý vị.

Quý vị có thể ghi kèm các giới hạn cụ thể về thẩm quyền của người đại diện thực tế trong việc đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho quý vị trong tài liệu này nếu quý vị muốn.

Tùy thuộc vào bất kỳ giới hạn cụ thể nào mà quý vị đưa vào tài liệu này, nếu bác sĩ điều trị của quý vị xác định rằng quý vị mất khả năng đưa ra quyết định sáng suốt về vấn đề chăm sóc sức khỏe, thì người đại diện thực tế THƯỜNG sẽ được tài liệu này ủy quyền để đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho quý vị ở mức độ tương tự như khi quý vị có thể tự mình đưa ra những quyết định đó, nếu quý vị có khả năng làm như vậy. Thẩm quyền của người đại diện thực tế trong việc đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho quý vị THƯỜNG sẽ bao gồm quyền đưa ra sự đồng ý sau khi hiểu rõ, từ chối đưa ra sự đồng ý sau khi hiểu rõ hoặc rút lại sự đồng ý sau khi hiểu rõ đối với bất kỳ hoạt động chăm sóc, điều trị, dịch vụ hoặc thủ thuật nào nhằm mục đích duy trì, chẩn đoán hoặc điều trị tình trạng thể chất hoặc tinh thần.

TUY NHIÊN, ngay cả khi đại diện thực tế có thẩm quyền chung để đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho quý vị theo tài liệu này, thì đại diện thực tế vẫn TUYỆT ĐỐI KHÔNG được phép thực hiện bất kỳ điều nào sau đây:

(1) Từ chối hoặc rút lại sự đồng ý sau khi hiểu rõ đối với dịch vụ điều trị duy trì sự sống, trừ khi bác sĩ chính của quý vị và một bác sĩ khác khám cho quý vị xác định, ở mức độ chắc chắn hợp lý về mặt y tế, phù hợp với các tiêu chuẩn y tế hợp lý, một trong những điều sau đây:

(a) Quý vị đang mắc phải tình trạng không thể phục hồi, không thể chữa khỏi và không thể điều trị được do bệnh tật, ốm đau hoặc thương tích

(i) không thể phục hồi và

(ii) quý vị có thể qua đời trong khoảng thời gian tương đối ngắn nếu không thực hiện điều trị duy trì sự sống, bên cạnh đó bác sĩ điều trị của quý vị cũng xác định thêm, ở mức độ chắc chắn hợp lý về mặt y tế và phù hợp với các tiêu chuẩn y tế hợp lý, rằng không có khả năng hợp lý nào cho thấy quý vị sẽ lấy lại được khả năng đưa ra những quyết định sáng suốt liên quan đến việc chăm sóc sức khỏe cho chính mình.

(b) Quý vị đang ở trong tình trạng bất tỉnh vĩnh viễn khiến quý vị không thể nhận thức được bản thân và môi trường của mình cũng như mất hoàn toàn chức năng vỏ não, dẫn đến việc quý vị không còn khả năng trải nghiệm đau đớn hoặc đau khổ, và bác sĩ điều trị của quý vị cũng xác định thêm, với mức độ chắc chắn hợp lý về mặt y tế và phù hợp với các tiêu chuẩn y tế hợp lý, rằng không có khả năng hợp lý nào cho thấy quý vị có thể lấy lại được khả năng đưa ra các quyết định chăm sóc sức khỏe sáng suốt cho chính mình;

(2) Từ chối hoặc rút lại sự đồng ý sau khi hiểu rõ đối với dịch vụ chăm sóc sức khỏe cần thiết để cung cấp cho quý vị sự chăm sóc thoải mái (ngoại trừ trường hợp, nếu người đại diện thực tế không bị cấm theo phần (4) dưới đây, thì đại diện thực tế có thể từ chối hoặc rút lại sự đồng ý sau khi hiểu rõ đối với việc cung cấp dinh dưỡng hoặc cung cấp nước cho quý vị như được mô tả ở phần (4) bên dưới). **(Quý vị nên hiểu rằng chăm sóc thoải mái được định nghĩa trong luật Ohio có nghĩa là truyền chất bổ (dinh dưỡng) hoặc chất lỏng (nước) theo phương pháp nhân tạo hoặc công nghệ để làm giảm cơn đau hoặc sự khó chịu của quý vị chứ không phải để trì hoãn cái chết của quý vị, bên cạnh đó, và bất kỳ thủ thuật y tế hay điều dưỡng,**

Thông báo theo yêu cầu của Bộ luật sửa đổi Ohio §1337.17

điều trị, can thiệp hoặc biện pháp khác đều sẽ được thực hiện để giảm bớt nỗi đau hoặc sự khó chịu của quý vị chứ không phải để trì hoãn cái chết của quý vị. Do đó, nếu bác sĩ điều trị của quý vị xác định rằng thủ thuật y tế hoặc điều dưỡng, điều trị, can thiệp hoặc biện pháp khác được mô tả trước đó sẽ không hoặc không còn có tác dụng mang lại sự thoải mái cho quý vị hoặc giảm bớt cơn đau của quý vị, thì tuân theo phần (4) dưới đây, đại diện thực tế của quý vị sẽ được phép từ chối hoặc rút lại sự đồng ý sau khi hiểu rõ đối với thủ thuật, điều trị, can thiệp hoặc biện pháp khác.);

(3) Từ chối hoặc rút lại sự chấp thuận sau khi hiểu rõ đối với dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho quý vị nếu quý vị đang mang thai và nếu việc từ chối hoặc rút lại sẽ chấm dứt thai kỳ (trừ khi việc mang thai hoặc chăm sóc sức khỏe sẽ gây ra rủi ro đáng kể cho tính mạng của quý vị, hoặc trừ khi bác sĩ điều trị của quý vị và ít nhất một người bác sĩ khác khám cho quý vị xác định, với mức độ chắc chắn hợp lý về mặt y tế cũng như phù hợp với các tiêu chuẩn y tế hợp lý, rằng thai nhi sẽ không thể sống được khi sinh ra);

(4) Từ chối hoặc rút lại sự chấp thuận sau khi hiểu rõ đối với việc truyền chất bổ (dinh dưỡng) hoặc chất lỏng (nước) theo phương pháp nhân tạo hoặc công nghệ cho quý vị, trừ khi:

(a) Quý vị đang ở trong tình trạng giai đoạn cuối hoặc ở tình trạng bất tỉnh vĩnh viễn.

(b) Bác sĩ điều trị của quý vị và ít nhất một bác sĩ khác đã khám cho quý vị và xác định, ở mức độ hợp lý chắc chắn về mặt y tế cũng như theo các tiêu chuẩn y tế hợp lý, rằng việc truyền dinh dưỡng hoặc nước uống sẽ không hoặc không còn có tác dụng mang lại sự thoải mái cho quý vị hoặc giảm bớt cơn đau của quý vị.

(c) Khi và chỉ khi quý vị đang ở tình trạng bất tỉnh vĩnh viễn, đại diện thực tế được ủy quyền mới có thể từ chối hoặc rút lại sự chấp thuận sau khi hiểu rõ đối với việc truyền dinh dưỡng hoặc nước cho quý vị bằng cách thực hiện cả hai điều sau trong tài liệu này:

(i) Bao gồm tuyên bố bằng chữ in hoa hoặc hình thức dễ thấy khác, bao gồm nhưng không giới hạn ở phong chữ khác, cỡ lớn hơn hoặc kiểu in đậm xác nhận rằng đại diện thực tế có thể từ chối hoặc rút lại sự chấp thuận sau khi hiểu rõ đối với việc truyền dinh dưỡng hoặc nước cho quý vị nếu quý vị đang ở trong tình trạng bất tỉnh vĩnh viễn và nếu xác định rằng việc truyền dinh dưỡng hoặc nước sẽ không hoặc không còn giúp mang lại sự thoải mái cho quý vị hoặc giảm bớt cơn đau của quý vị, hoặc đánh dấu hay làm dấu vào ô hoặc dòng (nếu có) bên cạnh một tuyên bố tương tự trên tài liệu này;

(ii) Ký tắt hoặc ký tên bên dưới hoặc bên cạnh tuyên bố, đánh dấu hoặc làm dấu khác như được mô tả trước đó.

(d) Bác sĩ điều trị của quý vị xác định, một cách thiện chí, rằng trên thực tế, quý vị đã ủy quyền cho đại diện từ chối hoặc rút lại sự đồng ý sau khi hiểu rõ đối với việc truyền dinh dưỡng hoặc nước cho quý vị nếu quý vị ở trong tình trạng bất tỉnh vĩnh viễn bằng cách tuân thủ các yêu cầu nêu trên của phần (4)(c)(i) và (ii) ở trên.

(5) Rút lại sự chấp thuận sau khi hiểu rõ đối với bất kỳ dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào mà quý vị đã đồng ý trước đó, trừ khi sự thay đổi về tình trạng thể chất của quý vị làm giảm đáng kể lợi ích mà quý vị nhận được từ dịch vụ chăm sóc sức khỏe đó, hoặc trừ khi dịch vụ chăm sóc sức khỏe đó không còn hiệu quả đáng kể trong việc đạt được mục đích ban đầu mà quý vị đồng ý sử dụng.

Ngoài ra, khi thực thi quyền đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho quý vị, đại diện thực tế sẽ phải hành động nhất quán với mong muốn của quý vị hoặc, nếu không biết mong muốn của quý vị, thì phải hành động vì lợi ích tốt nhất của quý vị. Quý vị có thể bày tỏ mong muốn của mình với đại diện thực tế bằng cách đưa những mong muốn đó vào tài liệu này hoặc bằng cách cho đại diện thực tế biết những mong muốn đó theo cách khác.

Khi hành động theo tài liệu này, đại diện thực tế THƯỜNG sẽ có các quyền tương tự như quý vị để nhận thông tin về dịch vụ chăm sóc sức khỏe được khuyến cáo, xem xét hồ sơ chăm sóc sức khỏe và đồng ý tiết lộ hồ sơ chăm sóc sức khỏe. Quý vị có thể giới hạn quyền đó trong tài liệu này nếu quý vị muốn.

Thông báo theo yêu cầu của Bộ Luật Sửa Đổi Ohio §1337.17

Nói chung, quý vị có thể chỉ định bất kỳ người trưởng thành có năng lực hành vi dân sự nào làm đại diện thực tế theo tài liệu này. Tuy nhiên, quý vị **KHÔNG THỂ** chỉ định bác sĩ điều trị của quý vị hoặc người quản lý của bất kỳ viện dưỡng lão nào mà quý vị đang được chăm sóc làm đại diện thực tế theo tài liệu này. Ngoài ra, quý vị cũng **KHÔNG THỂ** chỉ định nhân viên hoặc đại diện cho bác sĩ điều trị của quý vị, hoặc nhân viên hay đại diện của cơ sở chăm sóc sức khỏe nơi quý vị đang được điều trị, làm đại diện thực tế theo tài liệu này, trừ khi một trong hai dạng nhân viên hoặc đại diện đó là người trưởng thành có năng lực hành vi dân sự và có quan hệ huyết thống, hôn nhân hoặc thủ tục nhận con nuôi với quý vị, hoặc trừ khi một trong hai dạng nhân viên hay đại diện đó là người trưởng thành có năng lực hành vi dân sự và quý vị cũng như nhân viên hoặc đại diện đó là thành viên của cùng một dòng tu.

Tài liệu này không có ngày hết hạn theo luật Ohio, nhưng quý vị có thể chọn chỉ định ngày mà giấy ủy quyền chăm sóc sức khỏe dài hạn của quý vị hết hạn. Tuy nhiên, nếu quý vị chỉ định ngày hết hạn và sau đó không có khả năng đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe sáng suốt cho bản thân vào ngày đó, tài liệu và quyền mà tài liệu cấp cho đại diện thực tế của quý vị sẽ tiếp tục có hiệu lực cho đến khi quý vị lấy lại được khả năng đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe sáng suốt cho chính mình.

Quý vị có quyền hủy bỏ việc chỉ định đại diện thực tế và có quyền hủy bỏ toàn bộ tài liệu này vào bất cứ lúc nào và dưới bất kỳ hình thức nào. Bất kỳ sự thu hồi nào tương tự nào nói chung đều sẽ có hiệu lực khi quý vị bày tỏ ý định thực hiện việc thu hồi. Tuy nhiên, nếu quý vị đã thông báo cho bác sĩ điều trị của mình biết về tài liệu này thì bất kỳ việc thu hồi nào như vậy sẽ chỉ có hiệu lực khi quý vị thông báo điều đó cho bác sĩ điều trị của mình hoặc khi nhân chứng về việc thu hồi hoặc nhân viên chăm sóc sức khỏe khác được nhân chứng đó thông báo về việc thu hồi báo cáo lại cho bác sĩ điều trị của quý vị.

Nếu quý vị ký kết tài liệu này và thành lập giấy ủy quyền chăm sóc sức khỏe dài hạn hợp lệ, giấy ủy quyền này sẽ thu hồi mọi giấy ủy quyền chăm sóc sức khỏe dài hạn hợp lệ mà quý vị đã thành lập trước đó, trừ khi quý vị có quy định khác trong tài liệu này.

Tài liệu này sẽ không có giá trị là giấy ủy quyền chăm sóc sức khỏe dài hạn trừ khi được xác nhận trước công chứng viên hoặc được ký bởi ít nhất hai nhân chứng trưởng thành có mặt khi quý vị ký hoặc khi quý vị xác nhận chữ ký của mình. Đối tượng có quan hệ huyết thống, hôn nhân hoặc thủ tục nhận con nuôi với quý vị không thể làm nhân chứng. Người đại diện thực tế, bác sĩ điều trị của quý vị và người quản lý bất kỳ viện dưỡng lão nào mà quý vị đang được chăm sóc cũng không đủ tư cách làm nhân chứng. Nếu có điều gì trong tài liệu này mà quý vị không hiểu, quý vị nên yêu cầu luật sư giải thích cho mình.

Thông báo theo yêu cầu của Bộ Luật Sửa Đổi Ohio §1337.17

PHỤ LỤC

Thông báo này chưa được cập nhật sau khi một số điều khoản nhất định của pháp luật liên quan đến Giấy Ủy Quyền Chăm Sóc Sức Khỏe đã được thay đổi vào tháng 3 năm 2014. Vui lòng lưu ý các thay đổi sau đây:

Quý vị có thể, nhưng không bắt buộc, ủy quyền cho người đại diện của quý vị lấy thông tin sức khỏe của quý vị, bao gồm thông tin được pháp luật bảo vệ mà nếu không có sự ủy quyền của quý vị thì người đại diện của quý vị sẽ không thu thập được. Quý vị có thể ủy quyền cho người đại diện của mình truy cập thông tin sức khỏe của quý vị ngay khi quý vị ký vào tài liệu này hoặc bất kỳ lúc nào sau đó, mặc dù quý vị vẫn có thể đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe của riêng mình.

Quý vị cũng có thể, nhưng không bắt buộc, sử dụng tài liệu này để chỉ định người giám hộ cho quý vị hoặc di sản của quý vị khi bắt đầu thủ tục giám hộ.

© Tháng Tám 2016. Có thể được in lại và sao chép để công chúng, luật sư, bác sĩ y khoa và chính hình, bệnh viện, hiệp hội luật sư, hiệp hội y tế, hiệp hội và tổ chức phi lợi nhuận sử dụng. Không được phép sao chép tài liệu này vì mục đích thương mại để kiếm lợi nhuận.

Tuyên bố ý nguyện trị liệu của tiểu bang Ohio Thông báo cho người khai

Mục đích của Tuyên bố ý nguyện trị liệu này là ghi lại mong muốn của quý vị rằng việc điều trị duy trì sự sống, bao gồm truyền dinh dưỡng và nước theo phương pháp nhân tạo hoặc công nghệ, sẽ bị trì hoãn hoặc rút lại nếu quý vị không thể đưa ra các quyết định y tế sáng suốt và đang trong tình trạng giai đoạn cuối hoặc ở tình trạng bất tỉnh vĩnh viễn. Bản Tuyên bố ý nguyện trị liệu này không ảnh hưởng đến trách nhiệm của nhân viên chăm sóc sức khỏe trong việc cung cấp dịch vụ chăm sóc thoải mái cho quý vị. Chăm sóc thoải mái có nghĩa là bất kỳ biện pháp nào thực hiện nhằm mục đích giảm bớt đau đớn hoặc khó chịu, nhưng không trì hoãn cái chết.

Nếu quý vị không muốn hạn chế một phần hoặc tất cả các hình thức điều trị duy trì sự sống, bao gồm cả CPR, quý vị vẫn có quyền hợp pháp để lựa chọn như vậy và có thể nêu rõ các ưu tiên điều trị y tế của mình bằng văn bản trong một tài liệu khác.

Theo luật Ohio, Tuyên bố ý nguyện trị liệu chỉ được áp dụng **cho những cá nhân trong tình trạng giai đoạn cuối hoặc tình trạng bất tỉnh vĩnh viễn**. Nếu quý vị muốn chỉ đạo điều trị y tế trong các trường hợp khác, quý vị nên chuẩn bị Giấy Ủy Quyền Chăm Sóc Sức Khỏe. Nếu quý vị đang trong tình trạng giai đoạn cuối hoặc tình trạng bất tỉnh vĩnh viễn, Tuyên bố ý nguyện trị liệu này sẽ được ưu tiên hơn Giấy Ủy Quyền Chăm Sóc Sức Khỏe.

[Quý vị nên cân nhắc việc hoàn thành Tuyên bố ý nguyện trị liệu mới nếu tình trạng y tế của quý vị thay đổi hoặc nếu sau đó, quý vị quyết định hoàn thành Giấy Ủy Quyền Chăm Sóc Sức Khỏe. Nếu quý vị có cả Tuyên bố ý nguyện trị liệu và Giấy Ủy Quyền Chăm Sóc Sức Khỏe, quý vị nên giữ các bản sao của những tài liệu này cùng nhau. Hãy mang theo (các) tài liệu của quý vị bên mình bất cứ khi nào quý vị còn là bệnh nhân tại cơ sở chăm sóc sức khỏe hoặc khi quý vị cập nhật hồ sơ y tế với bác sĩ.]



Tuyên bố về ý nguyện trị liệu của tiểu bang Ohio

[R.C. §2133]

(Họ và tên)

(Ngày sinh)

Đây là Tuyên bố về ý nguyện trị liệu của tôi. Tôi xác nhận hủy bỏ tất cả các Tuyên bố về ý nguyện trị liệu trước đây đã được tôi ký. Tôi hiểu bản chất và mục đích của tài liệu này. Nếu có bất kỳ điều khoản nào được phát hiện là không hợp lệ hoặc không thể thực thi được thì điều đó sẽ không ảnh hưởng đến phần còn lại của tài liệu này.

Tôi hiện vô cùng tỉnh táo và không bị ép buộc, lừa đảo hoặc bị ảnh hưởng quá mức từ ai. Tôi là người trưởng thành có năng lực hành vi dân sự, xác nhận hiểu và chấp nhận hậu quả của hành động này. Tôi tự nguyện tuyên bố chỉ đạo rằng tôi không muốn sự sống của bản thân được kéo dài theo phương pháp nhân tạo. [R.C. §2133.02 (A)(1)]

Tôi mong muốn Tuyên bố ý nguyện trị liệu này sẽ được gia đình và các bác sĩ của tôi tôn trọng với tư cách biểu trưng cuối cùng cho quyền hợp pháp của tôi trong việc từ chối một số dịch vụ chăm sóc sức khỏe nhất định. [R.C. §2133.03(B)(2)]

Định nghĩa

Người trưởng thành có nghĩa là người từ 18 tuổi trở lên.

Đại diện hoặc người được ủy quyền thực tế có nghĩa là người trưởng thành có năng lực hành vi dân sự mà cá nhân ("thân chủ") nêu tên trong Giấy Ủy Quyền Chăm Sóc Sức Khỏe của mình để đưa ra các quyết định chăm sóc sức khỏe thay cho thân chủ.

Hiến bộ phận thân thể có nghĩa là việc hiến một phần hoặc toàn bộ cơ thể người, có hiệu lực sau khi người hiến tặng qua đời nhằm mục đích cấy ghép, trị liệu, nghiên cứu hoặc giáo dục.

Cung cấp dinh dưỡng hoặc nước uống bằng phương pháp nhân tạo hoặc công nghệ có nghĩa là truyền thực phẩm và chất lỏng qua đường truyền tĩnh mạch hoặc ống thông. [Quý vị có thể từ chối hoặc ngừng tiếp nhận ống truyền thức ăn, hoặc ủy quyền cho người đại diện trong Giấy Ủy Quyền Chăm Sóc Sức Khỏe của quý vị từ chối hoặc ngừng cho phép cung cấp dinh dưỡng hoặc nước theo phương pháp nhân tạo.]

Chăm sóc tạo sự thoải mái có nghĩa là tất cả các biện pháp, thủ thuật y tế hoặc điều dưỡng, điều trị hay can thiệp nào, bao gồm truyền chất dinh dưỡng và hoặc nước, được thực hiện để giảm bớt sự đau đớn hoặc khó chịu của bệnh nhân, nhưng không kéo dài sự sống.

CPR có nghĩa là hồi sức tim phổi, một trong các cách để kích hoạt nhịp thở hoặc nhịp tim của một người khi cả hai đã ngừng đập. Kỹ thuật này không bao gồm thông đường thở vì lý do nào khác so với hồi sức.

Người khai có nghĩa là người ký vào Tuyên bố ý nguyện trị liệu.

Không hồi sức hoặc y lệnh không hồi sức (Do Not Resuscitate, DNR) có nghĩa là chỉ định y tế của bác sĩ được ghi vào hồ sơ bệnh nhân để chỉ ra rằng không nên hồi sức tim phổi cho bệnh nhân.

Chăm sóc sức khỏe có nghĩa là bất kỳ sự chăm sóc, điều trị, dịch vụ hoặc thủ thuật nào được thực hiện nhằm duy trì, chẩn đoán hoặc điều trị sức khỏe thể chất hay tinh thần của cá nhân.

Quyết định chăm sóc sức khỏe có nghĩa là đưa ra sự đồng ý sau khi hiểu rõ, từ chối đưa ra sự đồng ý sau khi hiểu rõ hoặc rút lại sự đồng ý sau khi hiểu rõ việc chăm sóc sức khỏe.

Giấy Ủy Quyền Chăm Sóc Sức Khỏe nghĩa là văn bản pháp lý cho phép thân chủ ủy quyền cho người đại diện đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho thân chủ trong hầu hết các tình huống chăm sóc sức khỏe khi thân chủ không còn khả năng đưa ra những quyết định như vậy. Ngoài ra, thân chủ có thể ủy quyền cho người đại diện thu thập thông tin sức khỏe được bảo vệ cho và thay mặt thân chủ ngay lập tức hoặc bất kỳ lúc nào. Giấy Ủy Quyền Chăm Sóc Sức Khỏe KHÔNG phải là giấy ủy quyền tài chính.

Tài liệu Giấy Ủy Quyền Chăm Sóc Sức Khỏe cũng có thể được dùng để chỉ định đối tượng làm người giám hộ cho cá nhân hoặc di sản của thân chủ. Ngay cả khi tòa án chỉ định người giám hộ cho thân chủ, Giấy Ủy Quyền Chăm Sóc Sức Khỏe vẫn có hiệu lực trừ khi tòa án có quy định khác.

Điều trị duy trì sự sống có nghĩa là bất kỳ thủ tục y tế, điều trị, can thiệp hoặc biện pháp nào khác áp dụng cho bệnh nhân chủ yếu để kéo dài khả năng sống.

Tuyên bố ý nguyện trị liệu có nghĩa là văn bản pháp lý cho phép người trưởng thành có năng lực hành vi dân sự (“người khai”) chỉ định dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà người khai muốn hoặc không muốn khi họ bị bệnh giai đoạn cuối hoặc bất tỉnh vĩnh viễn và không thể bày tỏ mong muốn của mình được nữa. Tài liệu này KHÔNG phải và không có tính chất thay thế cho di chúc, mà đây là tài liệu được sử dụng để chỉ định người thi hành quản lý di sản cho một người sau khi qua đời.

Tình trạng bất tỉnh vĩnh viễn có nghĩa là tình trạng không thể phục hồi, trong đó bệnh nhân vĩnh viễn rơi vào tình trạng không nhận thức được bản thân cũng như môi trường xung quanh. Ít nhất phải có hai bác sĩ khám cho bệnh nhân và đồng ý rằng bệnh nhân đã mất hoàn toàn chức năng não cấp cao, đồng thời không thể chịu đựng hoặc cảm thấy đau đớn.

Thân chủ nghĩa là người trưởng thành có năng lực hành vi dân sự ký Giấy Ủy Quyền Chăm Sóc Sức Khỏe.

Tình trạng giai đoạn cuối có nghĩa là tình trạng không thể hồi phục, không thể chữa khỏi và không thể điều trị do bệnh tật, bệnh trạng hoặc thương tích gây ra, mà từ đó, ở mức độ chắc chắn hợp lý về mặt y tế do bác sĩ điều trị của người khai và một bác sĩ khác đã khám cho người khai xác định theo các tiêu chuẩn y tế hợp lý, áp dụng cho cả hai trường hợp sau: (1) không thể hồi phục và (2) có thể tử vong trong thời gian tương đối ngắn nếu không thực hiện điều trị duy trì sự sống.

Không có ngày hết hạn. Tuyên bố ý nguyện trị liệu này sẽ không có ngày hết hạn. Tuy nhiên, tôi có thể thu hồi nó vào bất cứ lúc nào. [R.C. §2133.04(A)]

Bản sao có giá trị như bản gốc. Bất kỳ ai cũng có thể dựa vào bản sao của tài liệu này. [R.C. §2133.02(C)]

Đơn đăng ký ngoài tiểu bang. Tôi mong muốn mọi người sẽ tuân thủ theo tài liệu này ở bất kỳ khu vực pháp lý nào trong phạm vi pháp luật cho phép. [R.C. §2133.14]

Tôi đã hoàn thành **Giấy Ủy Quyền Chăm Sóc Sức Khỏe:** Có Không

Thông báo. [Ghi chú: Quý vị không cần phải nêu tên bất cứ ai. Nếu không nêu tên ai, luật pháp yêu cầu bác sĩ điều trị của quý vị phải nỗ lực hợp lý để thông báo cho một trong những người sau theo thứ tự có tên: người giám hộ, vợ/chồng của quý vị, con cái đã trưởng thành của quý vị, cha mẹ của quý vị, hoặc đại đa số anh chị em đã trưởng thành của quý vị nếu khả thi.]

Trong trường hợp bác sĩ điều trị của tôi xác định rằng nên trì hoãn hoặc hủy bỏ phương pháp điều trị duy trì sự sống, bác sĩ của tôi sẽ nỗ lực hợp lý để thông báo cho một trong những người có tên dưới đây, theo thứ tự ưu tiên sau [gạch bỏ những dòng không sử dụng]: [R.C. §2133.05(2)(a)]

Gạch X nếu không sử dụng	Tên và mối quan hệ của người liên hệ đầu tiên: _____
	Địa Chỉ: _____
	(Các) Số điện thoại: _____
	Tên và mối quan hệ của người liên hệ thứ hai: _____
	Địa Chỉ: _____
	(Các) Số điện thoại: _____
	Tên và mối quan hệ của người liên hệ thứ ba: _____
	Địa Chỉ: _____
	(Các) Số điện thoại: _____

Nếu tôi đang trong **TÌNH TRẠNG GIAI ĐOẠN CUỐI** và không thể tự đưa ra quyết định về việc chăm sóc sức khỏe của mình, HOẶC nếu tôi đang ở trong tình trạng **BẤT TỈNH VĨNH VIỄN** và không có khả năng hợp lý nào cho thấy tôi có thể lấy lại được khả năng đưa ra những quyết định sáng suốt, thì tôi chỉ đạo bác sĩ của mình cho tôi được chết tự nhiên, chỉ cung cấp cho tôi dịch vụ **chăm sóc thoải mái**.

Với mục đích cung cấp dịch vụ chăm sóc thoải mái, tôi ủy quyền cho bác sĩ của mình:

1. Không thực hiện biện pháp điều trị duy trì sự sống, bao gồm cả CPR;
2. Thu hồi hoặc rút lại quyết định truyền dinh dưỡng hoặc nước theo cách nhân tạo hoặc công nghệ với điều kiện nếu tôi ở tình trạng bất tỉnh vĩnh viễn và đã cho phép thu hồi hoặc rút lại việc đó theo **Hướng dẫn đặc biệt** dưới đây cũng như đã đáp ứng các điều kiện khác;
3. Ban Lệnh DNR; và
4. Đừng làm gì để trì hoãn cái chết của tôi, chỉ cung cấp cho tôi sự chăm sóc cần thiết để tôi cảm thấy thoải mái và giảm bớt cơn đau.

Hướng dẫn đặc biệt.



Bằng cách ký tắt, ký tên, đánh dấu kiểm hoặc dấu hiệu khác vào ô này, tôi ủy quyền cụ thể cho bác sĩ của mình từ chối hoặc nếu việc điều trị đã bắt đầu thì tôi ủy quyền rút lại sự chấp thuận cho phép truyền dinh dưỡng hoặc nước theo phương pháp nhân tạo hoặc công nghệ nếu tôi ở tình trạng bất tỉnh vĩnh viễn VÀ bác sĩ của tôi cùng ít nhất một bác sĩ khác đã khám cho tôi xác định ở mức độ chắc chắn hợp lý về mặt y tế, rằng việc truyền dinh dưỡng và nước theo cách nhân tạo hoặc công nghệ sẽ không mang lại sự thoải mái hoặc giảm bớt cơn đau của tôi.

[R.C. §2133.02(A)(3) và R.C. §2133.08]

Hướng dẫn hoặc hạn chế bổ sung.

[Nếu chỗ trống bên dưới không đủ, quý vị có thể đính kèm thêm trang.]

Nếu quý vị không có bất kỳ hướng dẫn hoặc giới hạn bổ sung nào, hãy viết “Không có” vào bên dưới.]

[Thông tin “hiển xác” được cung cấp dưới đây theo yêu cầu của ORC §2133.07(C). Donate Life Ohio khuyến nghị quý vị nên trình bày quyết định ủy quyền hiến tạng nội tạng, mô hoặc giác mạc của mình tại Cục Phương tiện Cơ giới Ohio (Ohio Bureau of Motor Vehicles) khi nhận được giấy phép lái xe hoặc, nếu quý vị muốn đặt ra các hạn chế đối với việc hiến tạng của mình, trên Mẫu ghi danh đăng ký hiến tạng (đính kèm) gửi đến Cục Phương tiện Cơ giới Ohio.]

[Nếu quý vị sử dụng bản tuyên bố ý nguyện trị liệu này để tuyên bố sự ủy quyền của mình, hãy cho biết các nội tạng và/hoặc mô mà quý vị muốn hiến tặng cũng như gạch bỏ bất kỳ mục đích nào mà quý vị không cho phép sử dụng cơ quan hiến tặng của mình. Vui lòng xem Mẫu ghi danh đăng ký hiến tạng đính kèm để được trợ giúp về vấn đề này. Trong mọi trường hợp, hãy cho gia đình quý vị biết mong muốn hiến tặng mà quý vị đã xác nhận.]

HIẾN XÁC (không bắt buộc)

Với hy vọng có thể giúp đỡ được người khác sau khi chết, tôi xin hiến tặng các bộ phận cơ thể sau đây cho các mục đích sau: *[Hãy hoàn thành cả hai phần.]*

Phần 1. Bộ phận cơ thể. Hãy đánh dấu "Tất cả các nội tạng, mô và mắt" hoặc tất cả những mục áp dụng bên dưới ô đó.

Tất cả các nội tạng, mô và mắt. Nếu quý vị chọn ô này thì không cần chọn bất kỳ ô nào khác trong Phần 1 và hãy chuyển sang Phần 2.

- | | | | |
|------------------------------------|---------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tim | <input type="checkbox"/> Phổi | <input type="checkbox"/> Gan (và các mạch liên quan) | <input type="checkbox"/> Tụy/tế bào tụy tạng |
| <input type="checkbox"/> Ruột non | <input type="checkbox"/> Ruột | <input type="checkbox"/> Thận (và các mạch liên quan) | <input type="checkbox"/> Mắt/giác mạc |
| <input type="checkbox"/> Van tim | <input type="checkbox"/> Xương | <input type="checkbox"/> Gân | <input type="checkbox"/> Dây chằng |
| <input type="checkbox"/> Tĩnh mạch | <input type="checkbox"/> Mạc cơ | <input type="checkbox"/> Da | <input type="checkbox"/> Dây thần kinh |

Phần 2. Mục đích. Đánh dấu "Tất cả các mục đích" hoặc chọn những mục áp dụng bên dưới ô đó.

Tất cả các mục đích. Nếu quý vị chọn ô này thì không cần chọn bất kỳ ô nào dưới đây.

Cấy ghép Trị liệu Nghiên cứu Giáo dục

Nếu tôi không thể hiện mong muốn hiến tặng toàn bộ hoặc một số bộ phận cơ thể của mình bằng cách điền vào các dòng trên thì không ai được phép giả định về mong muốn hiến xác hoặc từ chối hiến xác của tôi.

CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI KHAI

Tôi hiểu rằng tôi có trách nhiệm thông báo cho các thành viên trong gia đình tôi, người đại diện có tên trong Giấy Ủy Quyền Chăm Sóc Sức Khỏe của tôi (nếu tôi có), bác sĩ, luật sư, cố vấn tôn giáo của tôi và những người khác về Tuyên bố ý nguyện trị liệu này. Tôi hiểu rằng tôi có thể đưa bản sao Tuyên bố ý nguyện trị liệu này cho bất kỳ người nào.

Tôi hiểu rằng tôi phải ký (hoặc chỉ đạo cá nhân khác ký thay cho tôi) Tuyên bố ý nguyện trị liệu này và nêu rõ ngày ký, bên cạnh đó, việc ký tên phải có sự chứng kiến của hai người trưởng thành hội đủ điều kiện chứng kiến việc ký tên HOẶC phải có công chứng viên xác nhận. [R.C. §2133.02]

Tôi đã ký tên vào Tuyên bố tự nguyện trị liệu này

vào _____, lúc _____, Ohio.

Người khai

[Chọn Nhân chứng HOẶC Xác nhận của Công chứng viên.]

NHÂN CHỨNG [R.C. §2133.02(B)(1)]

[Những người sau đây KHÔNG THỂ làm nhân chứng cho Tuyên bố ý nguyện trị liệu này:

- *Người đại diện nêu trong Giấy Ủy Quyền Chăm Sóc Sức Khỏe của quý vị, nếu có;*
- *Người giám hộ cá nhân hoặc di sản của quý vị, nếu có;*

- Bất kỳ người đại diện hoặc người giám hộ thay thế nào, nếu có;
- Bất kỳ ai có quan hệ huyết thống, hôn nhân hoặc thủ tục nhận con nuôi với quý vị (ví dụ: vợ/chồng và con cái của quý vị);
- Bác sĩ điều trị cho quý vị; và
- Người quản lý viện dưỡng lão mà quý vị đang được chăm sóc.]

Tôi chứng thực rằng Người khai đã ký hoặc thừa nhận Tuyên bố ý nguyện trị liệu này trước sự chứng kiến của tôi và rằng Người khai có biểu hiện tỉnh táo cũng như không bị hoặc chịu sự ép buộc, lừa đảo hoặc ảnh hưởng quá mức từ ai.

_____/_____/_____
 Chữ ký của nhân chứng / Tên in hoa của nhân chứng / Ngày

 Địa chỉ của nhân chứng

_____/_____/_____
 Chữ ký của nhân chứng thứ hai / Tên in hoa của nhân chứng thứ hai / Ngày

 Địa chỉ của nhân chứng thứ hai

HOẶC, nếu không có nhân chứng,

XÁC NHẬN CỦA CÔNG CHỨNG VIÊN [R.C. §2133.02(B)(2)]

Tiểu bang Ohio

Quận _____ ss.

Vào _____, trước mặt tôi, công chứng viên ký tên dưới đây _____, người khai Tuyên bố ý nguyện trị liệu nêu trên đã đích thân có mặt và thừa nhận rằng mình đã thực hiện việc nêu trên vì các mục đích được trình bày trong đó. Tôi chứng thực rằng người khai có biểu hiện tỉnh táo và không bị hoặc chịu sự ép buộc, gian lận hoặc ảnh hưởng quá mức từ ai.

 Công chứng viên

Ngày hết hạn ủy nhiệm: _____

Ủy nhiệm của tôi có hiệu lực vĩnh viễn:

© Tháng Tám 2016. Có thể được in lại và sao chép để công chúng, luật sư, bác sĩ y khoa và chính hình, bệnh viện, hiệp hội luật sư, hiệp hội y tế, hiệp hội và tổ chức phi lợi nhuận sử dụng. Không được phép sao chép tài liệu này vì mục đích thương mại để kiếm lợi nhuận.

Thông Báo Mẫu Ghi Danh Đăng Ký Người Hiến Tặng Cho Người Khai Của Tiểu Bang Ohio

Mục đích của Mẫu Ghi Danh Đăng Ký Người Hiến Tặng là để ghi lại mong muốn hiến tặng nội tạng, mô và/hoặc giác mạc của quý vị vào thời điểm quý vị qua đời.

Mẫu này chỉ nên được hoàn thành nếu quý vị **CHƯA** đăng ký hiến tặng với Cục Phương tiện Cơ giới Ohio (Bureau of Motor Vehicles, BMV) khi gia hạn giấy phép lái xe hoặc thẻ căn cước tiểu bang; trực tuyến thông qua trang web của BMV; hoặc thông qua hình thức bản trên giấy trước đây. Nếu quý vị muốn thực hiện hiến xác hoặc sửa đổi thông tin đăng ký hiện tại, quý vị phải gửi mẫu này đến BMV để đảm bảo mong muốn hiến tặng nội tạng, mô và/hoặc giác mạc của quý vị sẽ được thực hiện. Tài liệu này sẽ được xem là ủy quyền cho phép thu thập các nội tạng, mô và/hoặc giác mạc được chỉ định của quý vị vào thời điểm quý vị qua đời, nếu có thể về mặt y tế.

Khi gửi mẫu này, mong muốn của quý vị sẽ được ghi lại trong sổ Đăng Ký Hiến Tặng Ohio (Ohio Donor Registry) do BMV quản lý và chỉ các cơ quan được phép thu thập nội tạng, mô và giác mạc thích hợp mới có thể tiếp cận được vào thời điểm qua đời. Quý vị được khuyến khích chia sẻ mong muốn của mình với người thân để họ biết ý định làm người hiến tặng của quý vị.

Mẫu này cũng có thể được sử dụng để sửa đổi hoặc thu hồi mong muốn hiến tặng của quý vị. Phải gửi mẫu đơn đã điền đến:

Ohio Bureau of Motor Vehicles
Attn: Records Request
P. O. Box 16583
Columbus, OH 43216--6583

Các câu hỏi thường gặp về việc hiến tặng nội tạng, mô và giác mạc có được đề cập ở trang ba của phần này. Nếu quý vị có câu hỏi cụ thể hơn, quý vị nên liên hệ với các cơ quan thu thập mô và nội tạng của tiểu bang đã được liệt kê hoặc truy cập trang web của họ.

Mẫu Ghi Danh Đăng Ký Người Hiến Tặng của Ohio

Nếu quý vị CHƯA đăng ký hiến tặng với Cục Phương tiện Cơ giới Ohio (BMV) khi gia hạn giấy phép lái xe hoặc căn cước tiểu bang, thì phải nộp Mẫu Đăng Ký Người Hiến Tặng của Ohio cho BMV để đảm bảo mong muốn hiến tặng và mô của quý vị sẽ được đáp ứng. Tài liệu này sẽ được xem là ủy quyền cho phép thu thập các nội tạng và/hoặc mô được chỉ định của quý vị vào thời điểm quý vị qua đời, nếu có thể về mặt y tế. Khi gửi mẫu này, mong muốn của quý vị sẽ được ghi lại trong sổ Đăng Ký Người Hiến Tặng Ohio do BMV quản lý và chỉ các cơ quan được phép thu thập nội tạng và mô thích hợp mới có thể tiếp cận được vào thời điểm qua đời. Hãy nhớ chia sẻ mong muốn của quý vị với những người thân yêu để họ biết được ý định của quý vị. Mẫu này cũng có thể được sử dụng để sửa đổi hoặc thu hồi mong muốn hiến tặng của quý vị.

Để đăng ký, vui lòng điền và gửi mẫu đăng ký này tới:
Ohio Bureau of Motor Vehicles
Attn: Records Request
P.O. Box 16583
Columbus, OH 43216--6583

VUI LÒNG VIẾT IN HOA

HỌ	TÊN	TÊN ĐỆM
ĐỊA CHỈ GỬI THƯ		
THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	MÃ BƯU ĐIỆN
SỐ ĐIỆN THOẠI	NGÀY SINH	SỐ THẺ LÁI XE/THẺ CĂN CƯỚC TIỂU BANG OHIO HOẶC SỐ AN SINH XÃ HỘI

CÁC TỰ CHỌN GHI DANH ĐĂNG KÝ NGƯỜI HIẾN TẶNG

TỰ CHỌN 1

Khi tôi qua đời, tôi muốn hiến các nội tạng, mô và mắt của mình cho bất kỳ mục đích nào được pháp luật cho phép.

TỰ CHỌN 2

Khi tôi qua đời, tôi muốn hiến tặng các nội tạng, mô và/hoặc mắt được chọn bên dưới:

Tất cả các nội tạng, mô và mắt

NỘI TẶNG

- Tim
 Phổi
 Gan (và các mạch liên quan)
 Thận (và các mạch liên quan)
 Tụy/tế bào tụy tạng

- Ruột
 Ruột non

MÔ

- Mắt/giác mạc
 Van tim
 Xương
 Gân
 Dây chằng
 Tĩnh mạch
 Mạc cơ
 Da
 Dây thần kinh

Cho các mục đích sau đây được pháp luật cho phép:

- Tất cả các mục đích
 Cấy ghép
 Trị liệu
 Nghiên cứu
 Giáo dục

TỰ CHỌN 3

Vui lòng loại tôi khỏi Mục đăng ký hiến tặng Ohio.

CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI ĐĂNG KÝ HIẾN TẶNG x	NGÀY
---	------

Hiến Nại Tặng và Mô ở Ohio

Một cơ thể có thể giúp cứu rỗi hoặc cải thiện chất lượng cuộc sống cho những người bị suy nội tạng, dị tật bẩm sinh, ung thư xương, chấn thương chỉnh hình, bỏng, mù lòa, v.v. Một người hiến tặng có thể cứu được tới 8 mạng sống nếu hiến tim, phổi, thận, tuyến tụy, ruột non và gan. Hiện có hơn 123.000 người Hoa Kỳ đang nằm trong danh sách chờ ghép tạng để được cứu sống toàn quốc; riêng Ohio có đến 3.400 người. Theo thống kê, mỗi ngày ở Hoa Kỳ có 18 người tử vong khi còn đang chờ cấy ghép. Nếu quý vị đăng ký là người hiến tặng, hãy nhớ chia sẻ quyết định với các thành viên trong gia đình mình.

Ai có thể là người hiến tặng? Tất cả các cá nhân trên 15 tuổi rưỡi đều có thể đăng ký và ủy quyền hiến tặng trước. Sự phù hợp về mặt y tế để hiến tặng sẽ được xác định vào lúc qua đời. Nếu trẻ vị thành niên chết trước 18 tuổi, cha/mẹ có thể sửa đổi hoặc hủy bỏ quyết định hiến tặng.

Có giới hạn độ tuổi cho người hiến tặng không? Mọi người ở mọi lứa tuổi cũng như mọi tiền sử bệnh tật đều có quyền hiến tặng. Trẻ sơ sinh cũng như người già đều có thể hiến tặng. Tình trạng bệnh lý tại thời điểm qua đời sẽ quyết định có những phần nội tạng và mô nào hiến tặng được.

Nếu tôi tham gia Đăng ký làm người hiến tặng, điều đó có ảnh hưởng đến chất lượng chăm sóc y tế mà tôi nhận được tại bệnh viện không? Không, các bác sĩ tại bệnh viện chỉ quan tâm đến việc chăm sóc bệnh nhân trước mặt họ chứ không xem xét đến việc hiến tặng và cấy ghép. Bác sĩ sẽ thực hiện mọi nỗ lực để cứu mạng sống của quý vị trước khi xem xét đến việc hiến tặng.

Việc hiến tặng có làm biến dạng thi thể tôi không? Có thể tổ chức tang lễ mở quan tài không? Việc hiến tặng không làm biến dạng thi thể và không can thiệp hoặc trì hoãn lễ tang, kể cả lễ mở quan tài.

Gia đình tôi có phải chịu chi phí khi hiến tặng không? Gia đình người hiến tặng KHÔNG phải trả chi phí hiến tặng. Tất cả các chi phí liên quan đến việc hiến tặng nội tạng, mắt và mô đều do cơ quan thu thập được chỉ định chi trả.

Tôn giáo của tôi có chấp nhận việc hiến tặng không? Tất cả các tôn giáo lớn đều ủng hộ việc hiến tặng, mắt và mô như một hành động từ thiện vị tha.

Tôi có thể bán nội tạng của mình không? Không. Đạo luật Cấy ghép Nội tạng Quốc gia (National Organ Transplant Act) quy định việc bán nội tạng và mô cơ thể người là bất hợp pháp. Những người vi phạm có thể bị phạt tiền và phạt tù. Một trong những lý do đưa ra quy định này là lo ngại của Quốc hội cho rằng việc mua bán nội tạng có thể dẫn đến khả năng tiếp cận nội tạng của người hiến tặng một cách không công bằng, trong đó người giàu sẽ có được lợi thế lớn hơn.

Nội tạng hiến tặng sẽ được phân bố như thế nào? Nội tạng của người hiến tặng sẽ được so khớp với người nhận thông qua hệ thống do liên bang quản lý dựa trên một số yếu tố bao gồm nhóm máu, kích thước cơ thể, mức độ khẩn cấp về y tế, thời gian trong danh sách chờ và vị trí địa lý.

Tôi có thể vừa là người hiến tặng nội tạng và mô, vừa đồng thời hiến cơ thể của mình cho khoa học không? Việc hiến tặng toàn bộ cơ thể sẽ được ưu tiên hơn việc hiến tặng và mô. Nếu quý vị muốn hiến tặng toàn bộ cơ thể của mình, quý vị phải sắp xếp với trường y hoặc cơ sở nghiên cứu trước khi qua đời. Các trường y, cơ sở nghiên cứu và các cơ quan khác sẽ nghiên cứu cơ thể để hiểu rõ hơn về cơ chế giải phẫu và bệnh tật ở người. Nghiên cứu này cũng đóng vai trò rất quan trọng trong việc cứu rỗi và cải thiện sự sống.

Cơ quan đăng ký có cho phép hiến tặng khi còn sống không? Không, việc hiến tặng khi còn sống không được cơ quan đăng ký cho phép. Có thể hiến tặng một quả thận, một phần gan hoặc phổi khi còn sống, nhưng việc đó sẽ được sắp xếp trên cơ sở cá nhân thông qua các trung tâm cấy ghép cụ thể.

Để biết thêm thông tin về việc hiến tặng, hãy liên hệ với một trong bốn tổ chức thu thập nội tạng được liên bang chỉ định của tiểu bang:

Đông Bắc Ohio
LifeBanc
www.lifebanc.org
216.752.5433

Tây Ohio
Life Connection of Ohio
www.lifeconnectionofohio.org
937.223.8223

Trung và Đông Nam Ohio
Lifeline of Ohio
www.lifelineofohio.org
877.223.6667

Tây Nam Ohio
LifeCenter
www.lifepassiton.org
513.558.5555