

DENVER HEALTH MEDICAL CENTER
MEDICAL DURABLE POWER OF ATTORNEY
FOR HEALTH CARE DECISIONS

Name, MR#, Pat#, DOB

1. I, _____, Declarant, hereby appoint:
(Print Your Name)

Name of Agent

Agent's Home Telephone Number

Agent's Work Telephone Number

Agent's Home Address

as my agent to make health care decisions for me if and when I am unable to make my own health care decisions. This gives my agent the power to consent, to refuse, or to stop any health care, treatment, service or diagnostic procedure. My agent also has the authority to talk with health care personnel, get information, and sign forms necessary to carry out those decisions.

If the person named as my agent is not available or is unable to act as my agent, then I appoint the following person(s) to serve in the order listed below:

2. _____ 3. _____
Agent Name Agent Name

Home Telephone # Work Telephone # Home Telephone # Work Telephone #

By this document I intend to create a **Medical Durable Power of Attorney** which shall take effect upon my incapacity to make my own health care decisions and shall continue during that incapacity.

My agent shall make health care decisions as I may direct below or as I make known to him or her in some other way. If I have not expressed a choice about the health care in question, my agent shall base his/her decision on what he/she believes to be in my best interest.

(A) Statement of desires concerning life-prolonging care, treatment, services and procedures:

(B) Special provisions and limitations:

BY SIGNING HERE, I INDICATE THAT I UNDERSTAND THE PURPOSE AND EFFECT OF THIS DOCUMENT.

SIGNATURE OF PERSON CREATING MEDICAL DURABLE POWER OF ATTORNEY DATE

(Optional But Recommended)

Colorado law does not require this document to be witnessed; however, it is recommended to obtain the signature of 2 witnesses or a notary. This is not required by Colorado law but may make this document more acceptable in other states.

WITNESS: _____ **WITNESS:** _____
Signature: _____ Signature: _____

Home Address: _____ Home Address: _____

Date: _____ Date: _____

DENVER HEALTH MEDICAL CENTER
TRUNG TÂM Y KHOA SỨC KHỎE DENVER
THƯ ỦY QUYỀN Y KHOA LÂU DÀI VỀ CÁC
QUYẾT ĐỊNH CHĂM SÓC SỨC KHỎE

Tên, Mã MR, Mã Bệnh Nhân, Ngày Sinh

The English version on pages 2 and 4 of this form must also be completed and signed by the patient to be considered official and complete.

Ngôn Ngữ Chính: Tiếng Anh Tiếng Tây Ban Nha Khác _____ ID X 2 _____ (Tên viết tắt của nhân viên)

Quý vị có muốn sử dụng thông dịch viên không? Có Không Không áp dụng Thông dịch viên: _____ (Tên)

Sử Dụng Đường Dây Hỗ Trợ Ngôn Ngữ Bệnh nhân yêu cầu có người thân/nhân viên hỗ trợ thông dịch _____ (Tên)

Yêu Cầu Hỗ Trợ Giao Tiếp? Có Không Không áp dụng Nếu có: _____

THÔNG TIN QUAN TRỌNG VỀ VĂN BẢN PHÁP LÝ SAU ĐÂY

Trước khi ký tên trên văn bản này, quý vị rất cần biết và hiểu được những dữ kiện sau:

- Văn bản này trao cho người mà quý vị chỉ định làm đại diện cho mình quyền được đưa ra các quyết định về chăm sóc sức khỏe nếu quý vị không thể tự quyết định. Những quyết định và quyền này không giới hạn ở các quyết định về bệnh trạng giai đoạn cuối và duy trì sự sống.
- Sau khi ký tên trên văn bản này, quý vị vẫn có quyền tự đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho bản thân nếu đủ khả năng.
- Quý vị có thể nêu rõ trong văn bản này mọi phương pháp điều trị mà quý vị muốn nhận hoặc muốn tránh. Nếu quý vị muốn người đại diện của mình ra quyết định về phương pháp điều trị duy trì sự sống, tốt nhất là quý vị nên nêu rõ điều đó trong thư ủy quyền y khoa lâu dài của mình.
- Quý vị có quyền thu hồi thẩm quyền thay quý vị ra quyết định của người đại diện vào bất cứ lúc nào, trừ khi quý vị đã được tòa xác định là không đủ năng lực. Nếu quý vị rút lại (thu hồi) thẩm quyền của người đại diện, quý vị phải thực hiện bằng văn bản và cung cấp bản sao cho tất cả những người đã nhận văn bản ban đầu.
- Quý vị không nên ký tên trên văn bản này nếu không hiểu rõ nội dung. Quý vị nên trò chuyện với người khác hoặc luật sư trước khi ký văn bản này.
- Quý vị có thể sử dụng mẫu Thư Ủy Quyền Y Khoa Lâu Dài này; tuy nhiên mẫu này có thể chưa đáp ứng được nhu cầu riêng của quý vị. Tại Colorado, các mẫu thư ủy quyền y khoa lâu dài khác cũng được chấp nhận. Hãy đảm bảo mẫu quý vị ký tên phải đáp ứng được nhu cầu của quý vị.
- Mẫu Thư Ủy Quyền Y Khoa Lâu Dài được gửi kèm tuân thủ luật pháp Colorado. Các yêu cầu về nhân chứng, công chứng viên và yêu cầu khác có thể khác nhau tùy theo tiểu bang. Nếu quý vị chuyển tới một tiểu bang khác hay thường xuyên đi lại, hãy nhớ kiểm tra các yêu cầu của tiểu bang đó.

Thư ủy quyền y khoa lâu dài của quý vị nên có những thông tin sau:

- Tên, địa chỉ và số điện thoại của người quý vị chọn làm đại diện, và người thứ hai quý vị muốn lựa chọn làm người đại diện của mình nếu người đại diện đầu tiên không thể thực hiện thay quý vị.
- Mọi hướng dẫn về phương pháp điều trị mà quý vị muốn hoặc không muốn nhận, như phẫu thuật, hóa trị hoặc điều trị duy trì sự sống như cho ăn nhân tạo, chạy thận hoặc trợ thở, v.v.



DENVER HEALTH MEDICAL CENTER
MEDICAL DURABLE POWER OF ATTORNEY
FOR HEALTH CARE DECISIONS

Name, MR#, Pat#, DOB

Primary Language: English Spanish Other _____ ID X 2 _____ (Staff Initials)

Do you wish to have an interpreter? Yes No N/A Interpreter: _____ (Name)

Language Line Used Patient requests to have significant other/family member interpret. _____ (Name)

Communication Aids Requested? Yes No N/A If yes: _____

IMPORTANT INFORMATION ABOUT THE FOLLOWING LEGAL DOCUMENT

Before signing this document, it is very important for you to know and understand these facts:

- This document gives the person you name as your agent the power to make health care decisions if you are unable to do so. These decisions and powers are not limited to terminal conditions and life support decisions.
- After you have signed this document, you still have the right to make health care decisions for yourself if you are able to do so.
- You may state in this document any type of treatment that you want to receive or want to avoid. If you want your agent to make decisions about life sustaining treatment, it is best to so state in your medical durable power of attorney.
- You have the right to take away the authority of your agent to make decisions for you at any time unless you have been determined to be incompetent by a court. If you withdraw (revoke) the authority of your agent, you should do so in writing and give copies to all those who received the original document.
- You should not sign this document unless you understand it. You may wish to talk to others or a lawyer before you sign this document.
- You may use this sample Medical Durable Power of Attorney form; however, it may not meet your individual needs. Other medical durable power of attorney forms are acceptable to use in Colorado also. Be sure the form you sign meets your needs.
- The enclosed Medical Durable Power of Attorney form complies with Colorado law. Witness, notary, and other requirements vary from state to state. If you move to another state or travel often, be sure to check that state's requirements.

Your medical durable power of attorney should contain the following information:

- The name, address and telephone number of the person you choose as your agent, and your second choice of agent to act if your first agent is unable to act for you.
- Any instructions about treatment you do or do not wish to receive such as surgery, chemotherapy, or life sustaining treatment such as artificial feeding, kidney dialysis, or breathing support, etc.

084



DENVER HEALTH MEDICAL CENTER
TRUNG TÂM Y KHOA SỨC KHỎE DENVER
THƯ ỦY QUYỀN Y KHOA LÂU DÀI VỀ CÁC
QUYẾT ĐỊNH CHĂM SÓC SỨC KHỎE

Tên, Mã MR, Mã Bệnh Nhân, Ngày Sinh

The English version on pages 2 and 4 of this form must also be completed and signed by the patient to be considered official and complete.

1. Bằng văn bản này, tôi, _____, Người Khai, xin chỉ định:
(Viết In Hoa Tên Họ của Quý Vị)

Tên của Người Đại Diện

Số Điện Thoại Nhà của Người Đại Diện

Số Điện Thoại Nơi Làm Việc của Người Đại Diện

Địa Chỉ Nhà của Người Đại Diện

làm người đại diện của tôi để đưa ra các quyết định chăm sóc sức khỏe cho tôi nếu và khi tôi không đủ khả năng tự đưa ra các quyết định chăm sóc sức khỏe cho mình. Điều này trao cho người đại diện của tôi quyền chấp thuận, từ chối hoặc dừng bất cứ sự chăm sóc sức khỏe, điều trị, dịch vụ hay thủ thuật chẩn đoán nào. Người đại diện của tôi cũng có thẩm quyền trao đổi với nhân viên y tế, nhận thông tin và ký trên các mẫu cần thiết để tiến hành các quyết định đó.

Nếu không thể liên lạc được với người được chỉ định làm người đại diện của tôi hoặc người này không thể thực hiện với tư cách người đại diện của tôi, thì tôi xin chỉ định (những) người sau đây giữ vai trò đó, theo thứ tự dưới đây:

2. _____ Tên của Người Đại Diện	3. _____ Tên của Người Đại Diện		
Số Điện Thoại Nhà của Người Đại Diện	Số Điện Thoại Nơi Làm Việc của Người Đại Diện	Số Điện Thoại Nhà của Người Đại Diện	Số Điện Thoại Nơi Làm Việc của Người Đại Diện

Thông qua văn bản này, tôi có ý định lập một **Thư Ủy Quyền Y Khoa Lâu Dài** có hiệu lực sau khi tôi mất năng lực tự ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho mình và thư này sẽ có hiệu lực trong thời gian mất năng lực đó.

Người đại diện của tôi sẽ đưa ra các quyết định chăm sóc sức khỏe như tôi có thể chỉ dẫn dưới đây hoặc như tôi đã cho họ biết theo cách nào đó khác. Nếu tôi chưa bày tỏ lựa chọn về việc chăm sóc sức khỏe đang được nói tới, thì người đại diện của tôi sẽ ra quyết định dựa trên những gì mà họ cho là vì lợi ích cao nhất của tôi.

(A) Phần tuyên khai nguyện vọng liên quan tới chăm sóc duy trì sự sống, điều trị, dịch vụ và thủ thuật:

(B) Các điều khoản và giới hạn đặc biệt:

BẰNG VIỆC KÝ TÊN TẠI ĐÂY, TÔI KHẲNG ĐỊNH LÀ TÔI HIỂU MỤC ĐÍCH VÀ HIỆU LỰC CỦA VĂN BẢN NÀY.

CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI LẬP THƯ ỦY QUYỀN Y KHOA LÂU DÀI

NGÀY

(Không Bắt Buộc Nhưng Nên Có)

Luật pháp Colorado không yêu cầu bắt buộc phải có người chứng kiến văn bản này; tuy nhiên, khuyến nghị nên có chữ ký của 2 nhân chứng hoặc một công chứng viên. Đây không phải là yêu cầu bắt buộc theo luật pháp Colorado, nhưng điều này có thể giúp văn bản này dễ được chấp nhận hơn ở các tiểu bang khác.

NHÂN CHỨNG:

Chữ Ký: _____

Địa Chỉ Nhà: _____

Ngày: _____

NHÂN CHỨNG:

Chữ Ký: _____

Địa Chỉ Nhà: _____

Ngày: _____