

Tuyên Bố về Điều Trị Sức Khỏe Tâm Thần

(Declaration for Mental Health Treatment)

(Updated December 2021)

Chú ý: Đây là một tài liệu pháp lý chứa thông tin quan trọng về những ưu tiên hoặc chỉ thị của người bệnh về sự điều trị sức khỏe tâm thần. (Attention: This is a legal document which contains important information regarding the affected person's preferences or instructions for mental health treatment.)

Tuyên Bố về Điều Trị Sức Khỏe Tâm Thần (Declaration for Mental Health Treatment)

Tôi, _____, là một người trưởng thành minh mẫn, lập **Tuyên Bố** này có chủ đích và tự nguyện về sự điều trị sức khỏe tâm thần. Tôi muốn bản **Tuyên Bố** này sẽ được tuân theo nếu có một tòa án hoặc hai bác sĩ xác định rằng tôi không thể tự đưa ra quyết định vì khả năng nhận và đánh giá thông tin một cách hiệu quả hay truyền đạt quyết định của tôi bị suy giảm đến mức tôi không có khả năng từ chối hay đồng ý nhận sự điều trị sức khỏe tâm thần. “Sự điều trị sức khỏe tâm thần” có nghĩa là điều trị bệnh tâm thần bằng thuốc tác động đến tâm thần, nhập viện hoặc bị giữ lại trong một cơ sở chăm sóc sức khỏe trong thời gian lên đến 17 ngày, điều trị co giật và các dịch vụ ngoại trú được cho biết trong **Tuyên Bố** này.

I, _____, being an adult of sound mind, willfully and voluntarily make this **Declaration** for mental health treatment. I want this **Declaration** to be followed if a court or two physicians determine that I am unable to make decisions for myself because my ability to receive and evaluate information effectively or communicate decisions is impaired to such an extent that I lack the capacity to refuse or consent to mental health treatment. “Mental health treatment” means treatment of mental illness with psychoactive medication, admission to and retention in a health care facility for a period up to 17 days, convulsive treatment and outpatient services that are specified in this **Declaration**.

Chọn Người Quyết Định (Choice of Decision Maker)

Nếu tôi trở nên mất năng lực đưa ra hoặc rút lại sự đồng ý có cân nhắc đối với sự điều trị sức khỏe tâm thần, tôi muốn các quyết định này được đưa ra bởi: (CHỈ KÝ TẮT MỘT CHỖ) (If I become incapable of giving or withholding informed consent for mental health treatment, I want these decisions to be made by: (INITIAL ONLY ONE))

_____, Người đại diện do tôi chỉ định phù hợp với nguyện vọng của tôi hoặc, nếu người đại diện của tôi không biết các nguyện vọng của tôi, trong đó người đại diện của tôi cho là vì lợi ích cao nhất của tôi. (My appointed representative consistent with my desires, or, if my desires are unknown by my representative, in what my representative believes to be my best interests.)

_____, Bởi nhà cung cấp dịch vụ điều trị sức khỏe tâm thần là người cần có sự đồng ý của tôi để điều trị cho tôi, nhưng chỉ khi được cho phép cụ thể trong **Tuyên Bố** này. (By the mental health treatment provider who requires my consent in order to treat me, but only as specifically authorized in this **Declaration**.)

Người Đại Diện Được Chỉ Định (Appointed Representative)

Nếu tôi chọn chỉ định một người đại diện để đưa ra các quyết định về sự điều trị sức khỏe tâm thần cho tôi khi tôi mất năng lực, tôi chỉ định người đó ở đây. Tôi cũng có thể chỉ định một người đại diện thay thế. Mỗi người mà tôi chỉ định phải chấp nhận sự chỉ định của tôi để làm người đại diện. Tôi hiểu rằng tôi không buộc phải chỉ định một người đại diện để hoàn thành **Tuyên Bố** này. (If I have chosen to appoint a representative to make mental health treatment decisions for me when I am incapable, I am naming that person here. I may also name an alternate representative to serve. Each person I appoint must accept my appointment in order to serve. I understand that I am not required to appoint a representative in order to complete this **Declaration**.)

Theo đây tôi chỉ định (I hereby appoint):

Tên (Name) _____

Địa chỉ (Address) _____

Điện thoại (Telephone) _____

làm người đại diện của tôi để đưa ra các quyết định về sự điều trị sức khỏe tâm thần của tôi nếu tôi trở nên mất năng lực đưa ra hoặc rút lại sự đồng ý có cân nhắc đối với sự điều trị đó. (to act as my representative to make decisions regarding my mental health treatment if I become incapable of giving or withholding informed consent for that treatment.)

(KHÔNG BẮT BUỘC) (OPTIONAL)

Nếu người có tên bên trên từ chối hoặc không thể thay mặt tôi, hoặc nếu tôi rút lại quyền làm người đại diện của người đó, tôi ủy quyền cho người sau đây làm người đại diện của tôi:

(If the person named above refuses or is unable to act on my behalf, or if I revoke that person's authority to act as my representative, I authorize the following person to act as my representative:)

Tên (Name) _____

Địa chỉ (Address) _____

Điện thoại (Telephone) _____

Người đại diện của tôi được ủy quyền đưa ra các quyết định phù hợp với những nguyện vọng tôi đã bày tỏ trong Tuyên Bố này hoặc, nếu không được bày tỏ, được người đại diện của tôi biết theo cách khác. Nếu những nguyện vọng của tôi không được bày tỏ và không được người đại diện của tôi biết theo cách khác, người đại diện của tôi sẽ hành động theo những gì mà họ cho là vì lợi ích cao nhất của tôi. Người đại diện của tôi cũng được ủy quyền nhận thông tin về sự điều trị sức khỏe tâm thần được đề xuất và nhận, xem và đồng ý cho phép tiết lộ hồ sơ y tế liên quan đến sự điều trị đó.

(My representative is authorized to make decisions that are consistent with the wishes I have expressed in this Declaration or, if not expressed, as are otherwise known to my representative. If my desires are not expressed and are not otherwise known by my representative, my representative is to act in what he or she believes to be in my best interests. My representative is also authorized to receive information regarding proposed mental health treatment and to receive, review and consent to disclosure of medical records relating to that treatment.)

Chỉ Thị Điều Trị Sức Khỏe Tâm Thần (Directions for Mental Health Treatment)

Tuyên Bố này cho phép tôi bày tỏ nguyện vọng của mình về những sự điều trị sức khỏe tâm thần bao gồm các thuốc tác động đến tâm thần, việc nhập viện và bị giữ lại trong một cơ sở chăm sóc sức khỏe để điều trị sức khỏe tâm thần trong một khoảng thời gian không quá 17 ngày, điều trị co giật và các dịch vụ chăm sóc ngoại trú.

Nếu tôi trở nên mất năng lực đưa ra hoặc rút lại sự đồng ý có cân nhắc đối với sự điều trị sức khỏe tâm thần, những nguyện vọng của tôi là: **TÔI ĐỒNG Ý NHẬN NHỮNG SỰ ĐIỀU TRỊ SỨC KHỎE TÂM THẦN SAU ĐÂY:** (Có thể gồm có các loại và liều lượng thuốc, điều trị nội trú ngắn hạn, một nhà cung cấp hoặc cơ sở ưu tiên, phương tiện vận chuyển đến một nhà cung cấp hoặc cơ sở, điều trị co giật hoặc các phương pháp điều trị ngoại trú thay thế.)

*(This Declaration permits me to state my wishes regarding mental health treatments including psychoactive medications, admission to and retention in a health care facility for mental health treatment for a period not to exceed 17 days, convulsive treatment and outpatient care services. If I become incapable of giving or withholding informed consent for mental health treatment, my wishes are: **I CONSENT TO THE FOLLOWING MENTAL HEALTH TREATMENTS:** (May include types and dosage of medications, short term inpatient treatment, a preferred provider or facility, transport to a provider or facility, convulsive treatment or alternative outpatient treatments.))*

TÔI KHÔNG ĐỒNG Ý NHẬN SỰ ĐIỀU TRỊ SỨC KHỎE TÂM THẦN SAU ĐÂY: (Cân nhắc cho biết lý do của quý vị, chẳng hạn như phản ứng bất lợi trong quá khứ, dị ứng hoặc chẩn đoán sai. Lưu ý rằng một người có thể được điều trị mà không cần sự đồng ý nếu người đó bị câu lưu tuân theo luật cấu trúc bệnh nhân tâm thần.)

(I DO NOT CONSENT TO THE FOLLOWING MENTAL HEALTH TREATMENT: (Consider including your reasons, such as past adverse reaction, allergies or misdiagnosis. Be aware that a person may be treated without consent if the person is held pursuant to civil commitment law.)

THÔNG TIN BỔ SUNG VỀ CÁC NHU CẦU ĐIỀU TRỊ SỨC KHỎE TÂM THẦN CỦA TÔI: (Cân nhắc bao gồm tiền sử sức khỏe tâm thần hoặc thể chất, các yêu cầu về chế độ ăn uống, những quan ngại về tôn giáo, những người cần thông báo và các vấn đề quan trọng khác.)

(ADDITIONAL INFORMATION ABOUT MY MENTAL HEALTH TREATMENT NEEDS: (Consider including mental or physical health history, dietary requirements, religious concerns, people to notify and other matters of importance.))

QUÝ VỊ PHẢI KÝ TÊN VÀ GHI NGÀY THÁNG VÀO TUYÊN BỐ NÀY ĐỂ CÓ HIỆU LỰC:
(YOU MUST SIGN AND DATE HERE FOR THIS DECLARATION TO BE EFFECTIVE:)

Chữ ký và ngày tháng: (Signature and date) _____

Xác Nhận của Người Làm Chứng (Affirmation of Witnesses)

Tôi xác nhận rằng người ký tên vào **Tuyên Bố** này:

*(I affirm that the person signing this **Declaration**.)*

a. Là người mà cá nhân tôi biết; *(Is personally known to me;)*

b. Đã ký hoặc xác nhận chữ ký của họ trên **Tuyên Bố** này với sự hiện diện của tôi;

*(Signed or acknowledged his or her signature on this **Declaration** in my presence;)*

c. Tỏ ra minh mẫn và không bị cưỡng ép, lừa gạt hay bị ảnh hưởng không thích hợp;

(Appears to be sound mind and not under duress, fraud or undue influence;)

d. Không có quan hệ với tôi theo huyết thống, hôn nhân hay nhận con nuôi;

(Is not related to me by blood, marriage or adoption;)

e. Không phải là bệnh nhân hoặc bệnh nhân nội trú tại một cơ sở mà tôi hoặc người thân của tôi sở hữu hay điều hành;

(Is not a patient or resident in a facility that I or my relative owns or operates;)

f. Không phải là bệnh nhân của tôi và không nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần từ tôi hay người thân của tôi; và

(Is not my patient and does not receive mental health services from me or my relative; and)

g. Đã không chỉ định tôi làm người đại diện trong tài liệu này. Người làm chứng:

(Has not appointed me as a representative in this document. Witnessed by:)

[Chữ Ký của Người Làm Chứng (Tên Viết In của Người Làm Chứng)/ngày]

([Signature of Witness (Printed name of Witness)/date])

[Chữ Ký của Người Làm Chứng (Tên Viết In của Người Làm Chứng)/ngày]

([Signature of Witness (Printed name of Witness)/date])

Chấp Nhận Chỉ Định Làm Người Đại Diện (Acceptance of Appointment As Representative)

Tôi chấp thuận sự chỉ định này và đồng ý làm người đại diện để đưa ra các quyết định về sự điều trị sức khỏe tâm thần. Tôi hiểu rằng tôi phải hành động phù hợp với nguyện vọng của người được tôi đại diện, như được thể hiện trong **Tuyên Bố** này, hoặc, nếu không được thể hiện, mà tôi biết theo cách khác. Nếu tôi không biết nguyện vọng của người được tôi đại diện, tôi có nghĩa vụ với thiện chí hành động theo những gì tôi cho là vì lợi ích cao nhất của người đó. Tôi hiểu rằng tài liệu này cho tôi thẩm quyền đưa ra các quyết định về sự điều trị sức khỏe tâm thần chỉ trong khi người đó đã được một tòa án hoặc hai bác sĩ xác định là không thể đưa ra các quyết định đó. Tôi hiểu rằng người chỉ định tôi có thể rút lại toàn bộ hoặc một phần **Tuyên Bố** này bằng cách thông báo việc rút lại cho bác sĩ điều trị hoặc nhà cung cấp khác khi người đó không phải là mất năng lực.

*(I accept this appointment and agree to serve as representative to make mental health treatment decisions. I understand that I must act consistently with the desires of the person I represent, as expressed in this **Declaration** or, if not expressed, as otherwise known by me. If I do not know the desires of the person I represent, I have a duty to act in what I believe in good faith to be that person's best interest. I understand that this document gives me authority to make decisions about mental health treatment only while that person has been determined to be incapable of making those decisions by a court or two physicians. I understand that the person who appointed me may revoke this **Declaration** in whole or in part by communicating the revocation to the attending physician or other provider when the person is not incapable.)*

[Chữ Ký của Người Đại Diện (Tên Viết In) và ngày]

([Signature of Representative (Printed name) and date])

[Chữ Ký của Người Đại Diện Thay Thế (Tên Viết In) và ngày]

([Signature of Alternate Representative (Printed name) and date])

Lưu Ý Cho Người Lập Tuyên Bố Điều Trị Sức Khỏe Tâm Thần

(Notice to Person Making A Declaration for Mental Health Treatment)

Đây là một tài liệu pháp lý quan trọng. Tài Liệu này lập ra một tuyên bố liên quan đến điều trị sức khỏe tâm thần. Trước khi ký tài liệu này, quý vị nên biết những thông tin quan trọng sau đây:

Tài liệu này cho phép quý vị đưa ra các quyết định trước về các hình thức điều trị sức khỏe tâm thần nhất định: thuốc tác động tâm thần, nhập viện ngắn hạn (không quá 17 ngày) vào cơ sở điều trị, điều trị co giật và các dịch vụ ngoại trú. Các dịch vụ ngoại trú là các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần được cung cấp theo chỉ định bởi các chuyên gia và chương trình có giấy phép. Các chỉ thị mà quý vị bao gồm trong tuyên bố này sẽ chỉ được thực hiện theo nếu có một tòa án hoặc hai bác sĩ cho rằng quý vị mất năng lực đưa ra các quyết định điều trị. Nếu không, quý vị sẽ được xem là có năng lực đưa ra hoặc rút lại sự đồng ý điều trị. Các chỉ thị của quý vị sẽ mất hiệu lực nếu quý vị bị câu thúc tuân theo luật câu thúc bệnh nhân tâm thần.

Quý vị cũng có thể chỉ định một người làm người đại diện của quý vị để đưa ra các quyết định điều trị cho quý vị nếu quý vị trở nên mất năng lực. Người được quý vị chỉ định có nghĩa vụ hành động phù hợp với nguyện vọng của quý vị như được thể hiện trong tài liệu này hoặc, nếu không được thể hiện, được người đại diện biết theo cách khác. Nếu người đại diện của quý vị không biết nguyện vọng của quý vị, họ phải đưa ra quyết định vì lợi ích cao nhất của quý vị. Để chỉ định có hiệu lực, người được quý vị chỉ định phải chấp nhận sự chỉ định bằng văn bản. Người đó cũng có quyền thôi làm người đại diện của quý vị vào bất kỳ lúc nào. Một "người đại diện" cũng được gọi là "người được ủy quyền" (attorney-in-fact) trong luật của tiểu bang nhưng người này không cần phải là luật sư (attorney at law).

Tài liệu này sẽ tiếp tục có hiệu lực trong một khoảng thời gian ba năm trừ khi quý vị không có khả năng tham gia các quyết định về điều trị sức khỏe tâm thần. Nếu xuất hiện trường hợp này, chỉ thị này sẽ tiếp tục có hiệu lực cho đến khi quý vị không còn mất năng lực.

Quý vị có quyền rút lại toàn bộ hoặc một phần tài liệu này vào bất kỳ lúc nào quý vị không được xác định là mất năng lực. **QUÝ VỊ KHÔNG THỂ RÚT LẠI TUYÊN BỐ NÀY KHI MỘT TÒA ÁN HOẶC HAI BÁC SĨ XEM LÀ QUÝ VỊ KHÔNG CÓ NĂNG LỰC.** Yêu cầu rút lại sẽ có hiệu lực khi được truyền đạt cho bác sĩ điều trị hoặc nhà cung cấp khác của quý vị.

Nếu quý vị không hiểu bất kỳ nội dung nào trong tài liệu này, quý vị nên nhờ một luật sư giải thích cho quý vị. Tuyên bố này sẽ không có giá trị trừ khi nó được ký bởi hai người làm chứng có năng lực là những người biết quý vị và có mặt khi quý vị ký tên hoặc xác nhận chữ ký của quý vị.

(This is an important legal document. It creates a declaration for mental health treatment. Before signing this document, you should know these important facts:

This document allows you to make decisions in advance about certain types of mental health treatment: psychoactive medication, short-term (not to exceed 17 days) admission to a treatment facility, convulsive treatment and outpatient services. Outpatient services are mental health services provided by appointment by licensed professionals and programs. The instructions that you include in this declaration will be followed only if a court or two physicians believe that you are incapable of making treatment decisions. Otherwise, you will be considered capable to give or withhold consent for the treatments. Your instructions may be overridden if you are being held pursuant to civil commitment law.

You may also appoint a person as your representative to make treatment decisions for you if you become incapable. The person you appoint has a duty to act consistently with your desires as stated in this document or, if not stated, as otherwise known by the representative. If your representative does not know your desires, he or she must make decisions in your best interests. For the appointment to be effective, the person you appoint must accept the appointment in writing. The person also has the right to withdraw from acting as your representative at any time. A "representative" is also referred to as an "attorney-in-fact" in state law but this person does not need to be an attorney at law.

This document will continue in effect for a period of three years unless you become incapable of participating in mental health treatment decisions. If this occurs, the directive will continue in effect until you are no longer incapable.

*You have the right to revoke this document in whole or in part at any time you have not been determined to be incapable. **YOU MAY NOT REVOKE THIS DECLARATION WHEN YOU ARE CONSIDERED INCAPABLE BY A COURT OR TWO PHYSICIANS.** A revocation is effective when it is communicated to your attending physician or other provider.*

If there is anything in this document that you do not understand, you should ask a lawyer to explain it to you. This declaration will not be valid unless it is signed by two qualified witnesses who are personally known to you and who are present when you sign or acknowledge your signature.)

Lưu Ý Dành Cho Bác Sĩ hoặc Nhà Cung Cấp (Notice to Physician or Provider)

Theo quy định của luật pháp Oregon, một người có thể sử dụng tuyên bố này để đồng ý về sự điều trị sức khỏe tâm thần hoặc chỉ định một người đại diện để đưa ra các quyết định về điều trị sức khỏe tâm thần khi người đó mất năng lực đưa ra các quyết định đó. Một người là "mất năng lực" khi, theo ý kiến của một tòa án hoặc hai bác sĩ, khả năng nhận và đánh giá thông tin một cách hiệu quả hoặc truyền đạt các quyết định của người đó bị suy giảm đến mức người đó hiện tại mất khả năng đưa ra các quyết định về điều trị sức khỏe tâm thần. Tài liệu này có hiệu lực khi nó được cung cấp cho bác sĩ hoặc nhà cung cấp khác của người đó và vẫn có hiệu lực cho đến khi được rút lại hoặc hết hạn. Khi được trình bản tuyên bố này, một bác sĩ hoặc nhà cung cấp phải đưa nó vào hồ sơ y tế của người đó. Khi hành động theo ủy quyền của tuyên bố này, một bác sĩ hoặc nhà cung cấp phải tuân thủ tuyên bố này ở mức cao nhất có thể. Nếu bác sĩ hoặc nhà cung cấp không muốn tuân theo tuyên bố này, bác sĩ hoặc nhà cung cấp có thể ngưng cung cấp sự điều trị phù hợp với sự phán đoán chuyên môn và phải nhanh chóng thông báo cho người đó và người đại diện của người đó và ghi nhận việc thông báo vào hồ sơ y tế của người đó. Một bác sĩ hoặc nhà cung cấp thực hiện hoặc không thực hiện sự điều trị sức khỏe tâm thần tuân theo và có thiện chí dựa vào tính hợp lệ của tuyên bố này sẽ không bị truy tố hình sự, chịu trách nhiệm pháp lý dân sự hay kỷ luật chuyên môn phát sinh từ việc sau đó phát hiện tuyên bố này không có hiệu lực.

(Under Oregon law, a person may use this declaration to provide consent for mental health treatment or to appoint a representative to make mental health treatment decisions when the person is incapable of making those decisions. A person is "incapable" when, in the opinion of a court or two physicians, the person's ability to receive and evaluate information effectively or communicate decisions is impaired to such an extent that the person currently lacks the capacity to make mental health treatment decisions. This document becomes operative when it is delivered to the person's physician or other provider and remains valid until revoked or expired. Upon being presented with this declaration, a physician or provider must make it a part of the person's medical record. When acting under authority of the declaration, a physician or provider must comply with it to the fullest extent possible. If the physician or provider is unwilling to comply with the declaration, the physician or provider may withdraw from providing treatment consistent with professional judgment and must promptly notify the person and the person's representative and document the notification in the person's medical record. A physician or provider who administers or does not administer mental health treatment according to and in good faith reliance upon the validity of this declaration is not subject to criminal prosecution, civil liability or professional disciplinary action resulting from a subsequent finding of the declaration's invalidity.)

Hướng Dẫn về Tuyên Bố về Điều Trị Sức Khỏe Tâm Thần và Mẫu Đơn này đã được phát triển tuân theo Các Quy Chế Sửa Đổi của Oregon (ORS) 127.700 đến 127.736.

(This Guide to Oregon's Declaration for Mental Health Treatment and Form was developed pursuant to Oregon Revised Statutes (ORS) 127.700 through 127.736.)