



KŌKUA MAU

“Continuous Care”

Hawai'i Hospice and Palliative Care Organization

Background Information about the Multilingual Hawaii Advance Directive

The **Hawaii Advance Health Care Directive** (HI AD) or ‘Advance Directive’ (AD) as it is commonly known, is a written statement about your future medical care. Starting May 2016 the HI AD is available in [10 languages](#). To facilitate the discussion for providers and loved ones, the HI AD is a bilingual document translated content block by content block.

Please keep in mind that **most providers speak English only**. To ensure that your wishes and instructions are understood and can be honored, please fill out your HI AD in **English**. In order to complete an advance directive you need to either have two witnesses or a notary public for it to be valid.

Important limitation: If you choose to complete the English portion of a bilingual HI AD, State of Hawaii regulations require a **bilingual Notary** to notarize your bilingual version of the advance directive.

“The notarization of a document that has been written in a foreign language should only be performed by a notary who has a thorough understanding of the foreign language in which the document and/or notarial certificate are written.” [...] Similarly, a notary should not notarize a document written in English if the parties to the document who appear before the notary do not appear to speak, read, or understand English.” Page 5, Notary Manual 2010.

Call the Notary Public Program (808) 586-1216 for a **bilingual notary**, or go to their website <https://notary.ehawaii.gov/notary/public/publicsearch.html> (‘Search Category’: choose ‘Language’ in the fold down menu and in ‘Search Terms’ type in the language you want).

Please call the notary public office if you have more questions regarding using a bilingual notary.

Two recommendations for completing your bilingual AD:

1) Use **two witnesses** to complete a bilingual HI AD. Witnesses cannot be health care providers (like a doctor, nurse or social worker), employees of a health care facility, or the person you choose as an agent. One of the two persons cannot be related to you or have inheritance rights.

OR

2) Use a **bilingual notary**.

This page is left intentionally blank

HAWAI‘I ADVANCE HEALTH CARE DIRECTIVE

My name is:

 Last First Middle initial Date of Birth Date

PART 1: HEALTH CARE POWER OF ATTORNEY – DESIGNATION OF AGENT:

I designate the following individual as my agent to make health care decisions for me:

 Name and relationship of individual designated as health care agent

 Street Address City State Zip

 Home Phone Cell Phone E-mail

If I revoke my agent’s authority or if my agent is not willing, able, or reasonably available to make decisions for me, I designate the following individual as my alternate agent:

 Name and relationship of individual designated as health care agent

 Street Address City State Zip

 Home Phone Cell Phone E-mail

AGENT’S AUTHORITY AND OBLIGATION:

My healthcare agent should make decisions as I have instructed in Part 2 of this form or as I may otherwise provide orally or in writing. If there are decisions for which I have not provided instructions, I want my agent to make such decisions as I would have chosen to do, basing them on my values, goals, and preferences rather than those of my agent. If a guardian of my person needs to be appointed for me by a court, I nominate my agent.

WHEN AGENT’S AUTHORITY BECOMES EFFECTIVE:

My agent’s authority becomes effective when my primary physician determines that I am unable to make my own health care decisions unless I mark the following box.

If I mark this box, my agent’s authority to make health care decisions for me takes effect immediately. However, I always retain the right to make my own decisions about my health care. I can revoke this authority at any time as long as I have mental capacity.

CHỈ THỊ TRƯỚC VỀ CHĂM SÓC SỨC KHỎE CỦA HAWAI‘I

Tên tôi là:

 Họ Tên Chữ đầu tên lót Ngày Sinh Ngày

PHẦN 1: NGƯỜI ỦY QUYỀN CHĂM SÓC SỨC KHỎE – CHỈ ĐỊNH NGƯỜI ĐẠI DIỆN:

Tôi chỉ định người bên dưới làm người đại diện để ra các quyết định chăm sóc sức khỏe cho tôi:

 Tên và mối quan hệ của người được chỉ định làm người đại diện chăm sóc sức khỏe

 Địa Chỉ Đường Phố Thành Phố Tiểu Bang Zip

 Điện Thoại Nhà Điện Thoại Di Động E-mail

Nếu tôi hủy bỏ quyền của người đại diện hoặc nếu người đại diện của tôi không sẵn sàng, không thể, hoặc không có mặt hợp lý để ra quyết định cho tôi, tôi chỉ định người sau làm người đại diện thay thế của mình:

Tên		và mối quan hệ của người được chỉ định làm người đại diện chăm sóc sức khỏe		
Địa Chỉ Đường Phố	Thành Phố	Tiểu Bang	Zip	
Điện Thoại Nhà	Điện Thoại Di Động	E-mail		

QUYỀN VÀ NGHĨA VỤ CỦA NGƯỜI ĐẠI DIỆN:

Người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi nên đưa ra quyết định như tôi đã hướng dẫn trong Phần 2 của mẫu này hoặc như hướng dẫn khác bằng lời hoặc văn bản tôi có thể cung cấp. Nếu có quyết định mà tôi không cung cấp hướng dẫn, tôi muốn người đại diện của mình ra các quyết định này như tôi đáng lẽ lựa chọn, dựa trên các giá trị, mục tiêu, và ưu tiên của tôi chứ không phải của người đại diện của tôi. Nếu người giám hộ của bản thân tôi cần được tòa án chỉ định cho tôi, tôi bổ nhiệm người đại diện của tôi.

KHI NÀO QUYỀN CỦA NGƯỜI ĐẠI DIỆN CÓ HIỆU LỰC:

Quyền của người đại diện của tôi có hiệu lực khi bác sĩ chính của tôi quyết định rằng tôi không thể tự ra quyết định chăm sóc sức khỏe của mình trừ khi tôi đánh dấu vào ô bên dưới.

Nếu tôi đánh dấu vào ô này, quyền ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho tôi của người đại diện có hiệu lực ngay lập tức. Tuy nhiên, tôi luôn luôn giữ quyền tự ra quyết định về chăm sóc sức khỏe của mình. Tôi có thể thu hồi quyền này bất kỳ lúc nào miễn là lúc tôi minh mẫn.

PART 2: INDIVIDUAL INSTRUCTIONS (You may modify or strike through anything with which you do not agree. Initial and date any modifications.)

A. END OF LIFE DECISIONS

- If I have an incurable and irreversible condition that will result in my death within a relatively short time, OR
- If I have lost the ability to communicate my wishes regarding my health care and it is unlikely that I will ever recover that ability, OR
- If the likely risks and burdens of treatment would outweigh the expected benefits.

THEN I direct that my health-care providers and others involved in my care provide, withhold, or withdraw treatment in accordance with the choice I have marked below: Check only one of the following boxes. You may also initial your selection.

I want to stop or withhold medical treatment that would prolong my life.

OR

I want medical treatment that would prolong my life as long as possible within the limits of generally accepted health care standards.

PHẦN 2: HƯỚNG DẪN CÁ NHÂN (Bạn có thể sửa đổi hoặc gạch ngang bất kỳ nội dung gì bạn không đồng ý. Ký tắt và đề ngày bất kỳ sửa đổi nào.)

A. QUYẾT ĐỊNH CHẤM DỨT CUỘC SỐNG

- Nếu tôi mắc bệnh không thể chữa khỏi và không thể hồi phục khiến tôi phải chết trong một thời gian tương đối ngắn, **HOẶC**
- Nếu tôi đã mất khả năng giao tiếp nguyện vọng của mình liên quan đến chăm sóc sức khỏe và sẽ không thể nào hồi phục khả năng đó, **HOẶC**
- Nếu các rủi ro có thể và gánh nặng điều trị sẽ cao hơn lợi ích kỳ vọng.

SAU ĐÓ Tôi chỉ dẫn rằng bác sĩ chăm sóc sức khỏe và những người liên quan đến chăm sóc của tôi cung cấp, từ chối, hoặc dừng điều trị theo lựa chọn tôi đánh dấu bên dưới: Chỉ chọn một ô sau. Bạn cũng có thể ký tắt vào lựa chọn của mình.

Tôi muốn dừng hoặc từ chối điều trị y tế kéo dài cuộc sống của mình.

HOẶC

Tôi muốn điều trị y tế kéo dài cuộc sống của mình với điều kiện là trong giới hạn của các tiêu chuẩn chăm sóc sức khỏe thường được chấp nhận.

B. ARTIFICIAL NUTRITION AND HYDRATION - FOOD AND FLUIDS:

Artificial nutrition and hydration must be provided, withheld or withdrawn in accordance with the choice I have made in the preceding paragraph A unless I mark the following box.

If I mark this box, artificial nutrition and hydration must be provided under all circumstances as long as it is within the limits of generally accepted healthcare standards.

B. DINH DƯỠNG NHÂN TẠO VÀ HYDRAT HÓA - THỰC PHẨM VÀ CHẤT LỎNG:

Dinh dưỡng nhân tạo và hydrat hóa phải được cung cấp, lưu giữ hoặc rút theo tùy chọn tôi đã đưa ra trong đoạn A trước trừ khi tôi đánh dấu vào ô sau đây.

Nếu tôi đánh dấu vào ô này, phải cung cấp dinh dưỡng nhân tạo và hydrat hóa trong tất cả các trường hợp miễn là nó trong giới hạn của các tiêu chuẩn chăm sóc sức khỏe thường được chấp nhận.

C. RELIEF FROM PAIN:

If I mark this box, I choose treatment to alleviate pain or discomfort even if it might hasten my death.

C. GIẢM ĐAU:

Nếu tôi đánh dấu vào ô này, tôi chọn điều trị để giảm đau hoặc khó chịu ngay cả khi nó có thể khiến tôi nhanh chết hơn.

D. OTHER

If I mark this box, the additional instructions or information I have attached are to be incorporated into my care. (Sign and date each added page and attach to this form.)

D. KHÁC

Nếu tôi đánh dấu vào ô này thì thông tin hoặc hướng dẫn bổ sung mà tôi đính kèm sẽ được đưa vào việc chăm sóc của tôi. (Ký tên và đề ngày từng trang bổ sung và đính kèm vào mẫu này.)

E. WHAT IS IMPORTANT TO ME: (Optional. Add additional sheets if needed.) The things that I value and that make life worth living to me are: (examples: gardening, walking my pet, shopping, participating in family gatherings, attending church or temple):

I have attached _____ additional sheet/s

E. ĐIỀU GÌ QUAN TRỌNG VỚI TÔI: (Tùy chọn. Thêm tờ bổ sung nếu cần.) Những điều tôi đánh giá và làm cho cuộc sống của tôi có ý nghĩa là: (ví dụ: làm vườn, đi bộ cùng với thú cưng của tôi, mua sắm, tham gia họp mặt gia đình, đi nhà thờ hoặc đền chùa):

Tôi đã đính kèm _____ tờ bổ sung

My thoughts about when I would not want my life prolonged by medical treatment (Examples include: If I no longer have the mental capacity to make my own decisions, if I have lost all ability to communicate, if I can no longer safely swallow, etc):

I have attached _____ additional sheet/s

Suy nghĩ của tôi về khi tôi không muốn kéo dài mạng sống bằng điều trị y tế (Ví dụ bao gồm: Nếu tôi không còn minh mẫn để tự ra quyết định của mình, nếu tôi đã mất tất cả khả năng giao tiếp, nếu tôi không còn nuốt được an toàn, v.v.):

Tôi đã đính kèm _____ tờ bổ sung

YOUR NAME: (Please sign in front of witnesses or notary public)

Print Your Full Name	Your Signature	Date of Birth	Date
----------------------	----------------	---------------	------

TÊN BẠN: (Vui lòng ký tên trước mặt nhân chứng hoặc công chứng viên)

In Họ Tên Của Bạn	Chữ Ký	Ngày Sinh	Ngày
-------------------	--------	-----------	------

WITNESSES: CHOOSE EITHER OPTION 1 OR 2, NOT BOTH.

Important: Witnesses cannot be your health care agent, a health care provider or an employee of a health care facility. One witness cannot be a relative or have inheritance rights.

OPTION 1: WITNESSES

I (Witness 1) declare that the person completing this advance health care directive is personally known to me, that she/he signed or acknowledged this power of attorney in my presence and appears to be of sound mind and under no undue influence. I am not related by blood, marriage, or adoption, and to the best of my knowledge I am not entitled to any part of her/his estate. I am not the person appointed as agent by this document, and I am not a health-care provider, nor an employee of a health-care provider or facility.

Witness #1 Print Name

Witness Signature

Date

Street Address

City

State Zip

NHÂN CHỨNG: CHỌN TÙY CHỌN 1 HOẶC 2, HOẶC CẢ HAI.

Quan trọng: Nhân chứng không thể là người đại diện chăm sóc sức khỏe, bác sĩ chăm sóc sức khỏe hoặc nhân viên của cơ sở chăm sóc sức khỏe. Một nhân chứng không thể là họ hàng hoặc có quyền thừa kế.

TÙY CHỌN 1: NHÂN CHỨNG

Tôi (Nhân chứng 1) tuyên bố rằng người hoàn thành chỉ thị trước về chăm sóc sức khỏe này quen biết tôi, người này đã ký và công nhận giấy ủy quyền này có mặt tôi và dường như minh mẫn và không chịu tác động phi lý. Tôi không có quan hệ huyết thống, hôn nhân hay nuôi dưỡng, và theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi, tôi đang không được hưởng bất kỳ phần tài sản nào của người này. Tôi không phải là người được chỉ định làm người đại diện theo tài liệu này, và tôi không phải là một bác sĩ chăm sóc sức khỏe, cũng không phải là nhân viên của bác sĩ hoặc cơ sở chăm sóc sức khỏe.

Nhân Chứng #1 Tên In Hoa

Chữ Ký Nhân Chứng

Ngày

Địa Chỉ Đường Phố

Thành Phố

Tiểu Bang Zip

I (Witness 2) declare that the person completing this advance health care directive is personally known to me, that she/he signed or acknowledged this power of attorney in my presence and appears to be of sound mind and under no undue influence. I am not the person appointed as agent by this document, and I am not a health-care provider, nor an employee of a health-care provider or facility.

Witness #2 Print Name	Witness Signature	Date
Street Address	City	State Zip

Tôi (Nhân chứng 2) tuyên bố rằng người hoàn thành chỉ thị trước về chăm sóc sức khỏe này quen biết tôi, người này đã ký và công nhận giấy ủy quyền này có mặt tôi và dường như minh mẫn và không chịu tác động phi lý. Tôi không phải là người được chỉ định làm người đại diện theo tài liệu này, và tôi không phải là một bác sĩ chăm sóc sức khỏe, cũng không phải là nhân viên của bác sĩ hoặc cơ sở chăm sóc sức khỏe.

Nhân Chứng #2 Tên In Hoa	Chữ Ký Nhân Chứng	Ngày
Địa Chỉ Đường Phố	Thành Phố	Tiểu Bang Zip

OPTION 2: NOTARY PUBLIC

State Hawai'i, } ss.
(City and) County of _____

On this _____ day of _____, in the year _____, before me, _____, (insert name of notary public) appeared _____, personally known to me (or proved to me on the basis of satisfactory evidence) to be the person whose name is subscribed to this ___ -page Hawai'i Advance Health Care Directive dated on _____, in the _____ Judicial Circuit of the State of Hawai'i, and acknowledged that he/she executed the same as his/her free act and deed.

Signature of Notary Public

My Commission Expires: _____

Place Notary Seal or Stamp Above

A copy has the same effect as the original.
www.kokuamau.org/resources/advance-directives
Developed by the Executive Office on Aging and
Kōkua Mau - Hawai'i Hospice and Palliative Care Organization
December 2015

TÙY CHỌN 2: CÔNG CHỨNG VIÊN

Vào ngày _____ tháng _____, năm _____, trước mặt tôi, _____
_____, (ghi tên công chứng viên) đã xuất hiện _____
_____, quen biết tôi (hoặc chứng minh với tôi trên cơ sở bằng chứng
đáp ứng yêu cầu) là người có tên được ghi vào trang ____ Chỉ Thị Trước về Chăm Sóc Sức Khỏe của Hawai'i vào ngày
_____, tại Tòa Lưu Động _____ của Tiểu Bang Hawai'i, và công nhận rằng người đó thực
hiện như chứng nhận của mình.

Chữ Ký của Công Chứng Viên

Thời Hạn Ủy Quyền Của Tôi: _____

Đóng Dấu Công Chứng hoặc Dấu Bên Trên

Bản sao có hiệu lực như bản gốc.
www.kokuamau.org/resources/advance-directives
Được phát triển bởi Executive Office on Aging and
Kōkua Mau - Hawai'i Hospice & Palliative Care Organization
Tháng 1 năm 2016