

TI

TI U BANG NEW MEXICO
ADVANCE DIRECTIVE FOR HEALTHCARE NEW MEXICO

GI I THÍCH
EXPLANATION

You have the right to give instructions about your own healthcare. You also have the right to name someone else to make healthcare decisions for you. This form lets you do EITHER or BOTH of these things. It also lets you express your wishes regarding the designation of your primary physician.

0

THIS FORM IS OPTIONAL. Each paragraph and word of this form is also optional. If y(m)7(pn)-2()-50b) TETBT1 01 04 38.

PHẦN 1:

PART 1: POWER OF ATTORNEY FOR HEALTHCARE

Phần 1 của mẫu này là **biên bản quy định về việc chăm sóc sức khỏe** được thực hiện bởi một người khác làm người đại diện dựa trên quy định về chăm sóc sức khỏe thay cho người nếu người không còn khả năng quyết định, hoặc nếu người muốn người khác dựa trên quy định thay cho người bất cứ, mặc dù người vẫn còn khả năng. Người có thể chỉ định người khác hành động thay cho mình nếu người đại diện ưu tiên không

TH M QUY N C A NG

: *N u qu v không gi i h n th m quy n c a*

ng i i di n thì h s có quy n nh sau:

(1) *ng ho c t ch i b tk ch m sóc yt , ch a tr , d ch v ho c th thu t ch ng
h n nh :*

xét nghi m ch n oán

gi i ph u

thu c

n m vi n

ch m sóc i u d ng

ch m sóc s c kh e t i nhà

ra l nh không hô h p nhân t o

*i u tr y khoa kéo dài và c u
m ng s ng*

:

Part 2

,

AGENT'S OBLIGATION: My agent shall make healthcare decisions for me based on this **power of attorney for healthcare**, any healthcare instructions I give in *Part 2* of this form and my other wishes to the extent known to my agent. To the extent my wishes are unknown; my agent shall make healthcare decisions for me in accordance with what my agent determines to be in my best interest. In determining my best interest, my agent shall consider my personal values to the extent known to my agent.

:

NOMINATION OF A GUARDIAN: If a guardian of my person needs to be appointed for me by a court, I nominate the agent designated in this form. If that agent is not willing, able or reasonably available to act as guardian, I nominate the alternate agents whom I have named, in the order designated.

[

Ý NGUYỄN KHÁC: Nếu quý vị có nguyện vọng riêng, hoặc quý vị có nguyện vọng thêm nào khác, xin quý vị có thể ghi rõ vào đây

OTHER WISHES: *If you wish to write your*

**H Y B
TÙY CH N**

TI

gi

REVOCATION: I understand that I may revoke this **OPTIONAL ADVANCE HEALTHCARE DIRECTIVE** at any time, and that if I revoke it, I should promptly notify my supervising healthcare provider and any healthcare institution where I am receiving care and any others to whom I have given copies of this **power of attorney**.