預立醫療自主計劃

概述和預立醫療指示

Overview and Advance Directive - Traditional Chinese Translation

Honoring Choices®
PACIFIC NORTHWEST
AN INITIATIVE OF
Washington State Hospital Association
WSMA Foundation for Health Care Improvement

This form meets the requirements of Washington state law.（本表格符合華盛頓州法律的要求。）

什麼是預立醫療自主計劃？

預立醫療自主計劃是指您提前考慮將來可能需要的醫療護理。此類計劃包括討論、記錄及分享對您非常重要的事項。這樣可在您無法自行做出醫療決定的情況下，由其他人代您做出醫療決定。在這種情況下，與您關係密切之人需要代您做出決定。此人被稱為醫療代理人，也被稱為授權代理人、代理人或合法醫療決策者。

您要向醫療護理代理人分享您希望其代您做出的醫療決定，以便其做好準備，這非常重要。

什麼是預立醫療指示？

預立醫療指示是以自願、合法的方式來記錄您的預立醫療自主計劃決定。您應與對您重要之人分享您的預立醫療指示，比如您的醫療護理代理人和親人以及您的醫療服務提供者、診所及醫院。預立醫療指示應定期更新。所有年滿 18 歲的成人皆可完成預立醫療指示。

在華盛頓州，有兩種類型的預立醫療指示：1) 醫療永久授權委託書；2) 醫療指示。

本手冊中的預立醫療指示是指「Durable Power of Attorney for Health Care（DPOA-HC，醫療永久授權委託書）」。DPOA-HC 是基於華盛頓州法律（RCW 第 11.125 章）簽訂。

您可利用本法定表格指定您的醫療護理代理人，以便在您無法自行做出醫療決定時，代您做出決定。您可透過在本表格中分享您的目標、價值觀及意願，讓您的醫療護理代理人做好準備。研究表明，為確保按照您的意願行事，最好是指定一名醫療護理代理人，並讓其做好準備。

本手冊中的預立醫療指示並非是醫療指示（RCW 第 70.122 章）。醫療指示也被稱為生前遺囑。您還可考慮完成醫療指示（即依據華盛頓州法律，在特殊情況下不再實施或停止採取生命維持治療的指示）。如需瞭解關於醫療指示的更多資訊，請造訪 **www.HonoringChoicesPNW.org**，或諮詢您的醫療服務提供者。

什麼是醫療護理代理人？

醫療護理代理人是指在您無法自行做出醫療決定的情況下，您選定的代您做出決定之人。您應告知您的醫療護理代理人對您重要的事項，比如您的個人價值觀和治療目標。在您無法自行做出醫療決定的情況下，這些資訊可指導您的醫療護理代理人和醫療服務提供者代您做出最適當的決定。一經完成預立醫療指示（Durable Power of Attorney for Health Care），即允許此人與您的醫療服務提供者就您的治療問題做出決定。您的醫療護理代理人並不會因為作為您的醫療護理代理人而需承擔為您所選治療項目的費用。

優秀的醫療護理代理人應具備哪些素質？

您的醫療護理代理人應：

- 瞭解醫療護理代理人應發揮的作用，並願意擔任此角色。
- 向醫療服務提供者披露您的目標、價值觀及意願，並描述「健康生活」或「美好的一天」對您的重要意義。
- 執行您的決定，即使對此持有異議也要執行。
- 能夠在困難或承受巨大壓力的情況下做出決定。

您的醫療護理代理人不能是：

- 未滿 18 歲者。
- 您的醫生或醫生的僱員（他們是您的配偶、州登記的同居伴侶、父母、成年子女或成年兄弟姐妹的情形除外）。
- 您接受治療或常住的醫療機構或長期護理機構的所有者、管理員、僱員（他們是您的配偶、州註冊的同居伴侶、父母、成年子女或成年兄弟姐妹的情形除外）。

醫療護理代理人可以做什麼？

在您無法自行做出醫療決定的情況下，您的醫療護理代理人將會應要求代您做出醫療決定。您的醫療護理代理人可利用您在本預立醫療指示和對話中分享的資訊，指導您的治療。

您的醫療護理代理人可在遵守州法律的情況下，利用其對您的目標、價值觀及意願的理解：

- 決定治療和手術，包括是否使用心肺復蘇（CPR）、呼吸機、餵食管及其他治療方法。
- 決定是否停止生命支援治療，並主要給予臨終關懷。
- 代您審查和披露治療病歷及/或申請醫療保險福利。
- 選擇為您提供治療的醫療服務提供者和組織機構。

什麼是 CPR？

心肺復蘇術或 CPR 是在心跳和呼吸停止時採用的救治措施。如果您身體健康，那麼在心跳停止後立即實施 CPR 效果最佳。如果您身體虛弱、年老或患有嚴重疾病，那麼 CPR 成功的幾率較低。

若您存活下來，那麼由於肺部呼吸衰弱，您可能需要使用呼吸設備（呼吸機）。務必要告訴醫療服務提供者，CPR 是否符合您的治療目標，這非常重要。

在患者心跳和呼吸停止時，華盛頓州的標準治療方法是為患者實施 CPR。若您住院，在本 DPOA-HC 表格上分享您是否願意接受 CPR，可表明您的「急救代碼狀態」。急救代碼狀態是指患者在醫院內發生心跳或呼吸停止時，願意或不願意接受的急救治療類型。

有些患者選擇不在醫院接受 CPR，也不願意在其他環境下接受 CPR。在這種情況下，您應詢問醫療服務提供者關於完成 Portable Orders for Life-Sustaining Treatment（POLST，關於生命維持治療的可式攜醫囑）的事宜。POLST 是向急救人員及其他專業醫療人員傳達醫療決定的醫囑。

什麼是生命支援治療？

生命支援（也稱為生命維持）治療是透過支援或替代重要的身體功能來維持生命的治療方法。這些治療方法無法治癒疾病。這些治療能夠讓您繼續存活，直至身體好轉，或停止生命支援，自然離世。生命支援治療的一些範例包括 CPR、呼吸機、餵食管、輸血及腎透析。您務必要瞭解，緩解疼痛和臨終關懷是日常治療的一部分，不能視為生命支援治療。

若本人不指定醫療護理代理人，會怎麼樣？

在您無法自行做出醫療決定且未指定醫療護理代理人的情況下，您的醫療服務提供者將按照華盛頓州法律確定可以代您做出醫療決定之人。這意味著他們會要求您的家人或朋友代您做出醫療決定。若無法透過下表確定家人或朋友，醫療服務提供者會請求法院指定一名監護人，代您做出醫療決定。

醫療服務提供者會按照下列順序聯絡這些人員，直至確定能夠代您做出醫療決定之人（RCW 第 7.70.065 章）。

1. 法院指定的監護人（如適當）
2. 指定的一名或多名醫療護理代理人*
3. 配偶或註冊的同居伴侶
4. 成年子女*
5. 父母*
6. 成年兄弟姐妹*
7. 熟悉患者的成年孫子女*
8. 熟悉患者的成年侄女和侄子*
9. 熟悉患者的成年姑/姨和叔/舅*
10. 符合特定標準的成年摯友

** 對於由多名代理人組成的團隊，必須由團隊內的每個人表示同意才能接受治療。*

續 >

哪些情況適用？

指定您的配偶作為您的醫療護理代理人

若您在本表格中選擇您的配偶或註冊的同居伴侶作為您的醫療護理代理人，若你們任何一方申請解除婚姻關係、宣告婚姻關係無效或合法分居，那麼他們將停止擔任您的指定醫療護理代理人（RCW 第 11.125.100 章）。但您可在本表格中選擇，即使在你們離婚後，也繼續由他們擔任您的醫療護理代理人。

若這種情況適用於您，請在本聲明（本表格第 2 頁）旁簽上姓名首字母：「若本人指定本人的配偶或註冊的同居伴侶作為本人的醫療護理代理人，即使我們雙方之後解除了婚姻關係、宣告婚姻關係無效或合法分居，本人仍希望他們繼續作為本人的醫療護理代理人。」

不在本表格中指定醫療護理代理人

儘管本表格的主要目的是指定醫療護理代理人，但您可選擇不指定醫療護理代理人。在您未指定醫療護理代理人的情況下，您的醫療服務提供者將按照華盛頓州法律確定可以代您做出醫療決定之人（RCW 第 7.70.065 章）。

若您完成本表格的其他部分，則僅視為個人價值觀聲明，而非預立醫療指示。個人價值觀聲明是對您的目標、價值觀及意願的總結。這些資訊可指導您的醫療決策者代您做出決定。

若這種情況適用於您，請在本聲明（本表格第 2 頁）旁簽上姓名首字母：「本人不指定醫療護理代理人。本人在本表格中分享的目標和價值觀，僅可視為本人的個人價值觀聲明，而非預立醫療指示。」

在這種情況下，您還可考慮完成醫療指示，也稱為生前遺囑（即依據華盛頓州法律，在特殊情況下不再實施或停止採取生命維持治療的指示）。如需瞭解更多資訊，請造訪 **www.HonoringChoicesPNW.org**，或諮詢您的醫療服務提供者。

對於本預立醫療指示，我應做什麼？

在您完成本預立醫療指示後，您應將自己的意願告知對您重要之人，比如您的醫療護理代理人和親人以及您的醫療服務提供者、診所及醫院。同時，還可考慮向護理院或生活輔助機構分享您的預立醫療指示副本（如適用）。務必確保各方都持有一份副本，這非常重要。

如果我改變想法了，該怎麼辦？

若您對於在預立醫療指示中的決定改變了想法，可告知持有副本的各方，包括您的醫療護理代理人、親人、醫療服務提供者、診所及醫院。您可隨時撤銷或廢除您的預立醫療指示。若您希望撤銷預立醫療指示，您需要透過致函（確保簽名並注明日期）或口頭方式告知醫療服務提供者。務必完成一份新的預立醫療指示，這非常重要。務必將新的預立醫療指示副本交給對您重要的人，比如您的醫療護理代理人和親人以及您的醫療服務提供者、診所及醫院。

關於器官和組織捐贈，您有何想法？

若您希望成為捐贈者，請告知您的醫療護理代理人、家人及醫療服務提供者。您還可造訪 **www.registerme.org**，記錄您的器官、組織及眼角膜捐贈意願。

在我離世後，由誰決定如何處理我的遺體？

本表格不用於指示如何處理您的遺體。根據華盛頓州法律（RCW 第 68.50.160 章），您可考慮填寫專門的表格，用於指示在您離世後如何處理您的遺體。

如果我在預立醫療自主計劃方面需要幫助，應與誰聯絡？

Honoring Choices PNW 將隨時為您提供幫助。如需尋求幫助，請造訪 **www.honoringchoicespnw.org/locations** 或傳送電子郵件聯絡我們：**info@honoringchoicespnw.org**。

請注意醫療服務提供者
(**ATTENTION** HEALTH CARE PROVIDERS)

我的姓名 (MY NAME)：

我的出生日期 (MY DATE OF BIRTH)：　　/　　/

我的醫療服務提供者
(MY HEALTH CARE PROVIDER)：

醫療服務提供者辦公電話
(PROVIDER OFFICE PHONE)：（　　）

請尊重我的意願
(**PLEASE HONOR** MY WISHES)

我的醫療護理代理人（在 DPOA-HC 中指定）
(**MY HEALTH CARE AGENT** (named on DPOA-HC))：

優先聯絡電話 (BEST PHONE)：（　　）

可在下列位置查找我的 ☐ 預立醫療指示 ☐ POLST
(MY ☐ ADVANCE DIRECTIVE ☐ POLST CAN BE FOUND AT)：

請夾好並隨身攜帶這張錢包大小的卡片，以便讓他人知道您有醫療護理代理人。

預立醫療指示：DURABLE POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE

ADVANCE DIRECTIVE: DURABLE POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE

您可透過本預立醫療指示（即Durable Power of Attorney for Health Care，DPOA-HC，醫療永久授權委託書）指定醫療護理代理人，並讓醫療護理代理人做好準備。
本表格符合華盛頓州法律的要求。
This advance directive, a durable power of attorney for health care, allows you to name and prepare your health care agent.
This form meets the requirements of Washington state law.

個人資訊：
My Information:

全名：　　代名詞（可選）：
FULL NAME:　　PRONOUNS (OPTIONAL): *（即他/她/他們）* *(i.e., he/she/they)*

出生日期：　　/　　/
DATE OF BIRTH: *（年/月/日）* *(mm/dd/yyyy)*

指定醫療護理代理人
NAMING A HEALTH CARE AGENT

本人指定下列人員為本人的醫療護理代理人：
The person I designate as my health care agent is:

全名：　　代名詞（可選）：
FULL NAME:　　PRONOUNS (optional):

與本人關係：　　優先聯絡電話：（　　）　　備用聯絡電話：（　　）
RELATIONSHIP:　　BEST PHONE:　　ALTERNATE PHONE:

地址、城市、州、郵遞區號：
ADDRESS, CITY, STATE, ZIP:

本人指定下列人員為本人的備選代理人：
The people I designate as my alternate agents are:

若上述人員無法或不願代本人做出醫療決定，那麼本人指定下述人員為本人的第一和第二備選醫療護理代理人。
If the person listed above is unable or unwilling to make my health care decisions, then I designate the people listed below as my first and second alternate health care agents.

第一備選醫療護理代理人
First Alternate

全名：　　代名詞（可選）：
FULL NAME:　　PRONOUNS (optional):

與本人關係：　　優先聯絡電話：（　　）　　備用聯絡電話：（　　）
RELATIONSHIP:　　BEST PHONE:　　ALTERNATE PHONE:

地址、城市、州、郵遞區號：
ADDRESS, CITY, STATE, ZIP:

第二備選醫療護理代理人
Second Alternate

全名：　　代名詞（可選）：
FULL NAME:　　PRONOUNS (OPTIONAL):

與本人關係：　　優先聯絡電話：（　　）　　備用聯絡電話：（　　）
RELATIONSHIP:　　BEST PHONE:　　ALTERNATE PHONE:

地址、城市、州、郵遞區號：
ADDRESS, CITY, STATE, ZIP:

指定醫療護理代理人
NAMING A HEALTH CARE AGENT

下列情況適用：
Situations that may apply:

在下方適用於您的聲明旁簽上姓名首字母。您可將不適用於您的聲明用線劃掉。如需瞭解更多資訊：請造訪 ***www.HonoringChoicesPNW.org****，參見 Advance Care Planning（ACP，預立醫療自主計劃）概述，或諮詢您的醫療服務提供者。*

Initial next to the statements below that apply to you. You may draw a line through statements that do not apply to you. For more information: see the ACP Overview, visit ***www.HonoringChoicesPNW.org****, or talk with your health care provider.*

_____ 若本人指定本人的配偶或註冊的同居伴侶作為本人的醫療護理代理人，即使我們雙方之後解除了婚姻關係、宣告婚姻關係無效或合法分居，本人仍希望他們繼續作為本人的醫療護理代理人。
If I name my spouse or registered domestic partner as my health care agent and we later file for a dissolution, annulment, or legal separation; I want them to continue as my health care agent.

_____ 本人不指定醫療護理代理人。本人在本表格中分享的目標和價值觀，僅可視為本人的個人價值觀聲明，而非預立醫療指示。
I am not naming a health care agent. By sharing my goals and values in this form, it will be considered a personal values statement and not an advance directive.

讓醫療護理代理人**做好準備**
PREPARING A HEALTH CARE AGENT

對於本人而言，最重要的是什麼？
What matters most to me?

本節將幫助您思考對您最重要的事項。這些資訊將指導對您非常重要的人（比如您的醫療護理代理人和親人）在您無法自行做出醫療決定的情況下，代您做出醫療決定。
您可考慮分享：

This section helps you think about what matters most to you. This information can guide the people who matter to you — like your health care agent and loved ones — to make health care decisions for you if you cannot make them yourself.
Consider sharing:

- 從身心上來說，您喜歡做什麼？
  What do you love to do, mentally and physically?
- 對您而言，清楚自己是誰及與誰在一起有多重要？
  How important is it for you to know who you are and who you are with?
- 對您而言，與家人和朋友溝通有多重要？
  How important is communicating with family and friends to you?
- 您認為，「健康生活」或「美好的一天」是什麼情形？
  What does "living well" or "a good day" look like to you?
- 您一生最重視的是什麼？
  What do you value most in your life?

下列事項對於本人最為重要：*（請盡可能具體。請根據需要增加頁面。）*
The following is what matters most to me: *(Be specific. Add pages if needed.)*

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

姓名：_____
NAME:
出生日期：_____ / _____ / _____
DATE OF BIRTH: *（年/月/日）*
(mm/dd/yyyy)

讓醫療護理代理人做好準備
PREPARING A HEALTH CARE AGENT

本人的信仰、喜好及行為習慣是什麼？
What are my beliefs, preferences, and practices?

您要讓對您非常重要之人（比如醫療護理代理人和親人）以及您的醫療團隊，瞭解您的信仰、喜好及行為習慣。您可考慮分享：
It is important for the people who matter to you—like your health care agent and loved ones—and your health care team to know about your beliefs, preferences, and practices. Consider sharing:

- 在陷入困境時，什麼能帶給您鼓勵和撫慰，讓您充滿力量？
  What provides you support, comfort, and strength during difficult times?
- 您希望或不希望接受哪些治療（例如輸血、止痛、人工餵養）？
  What medical treatments would you want or not want (e.g., blood transfusion, pain management, artificial feeding)?
- 在您的社區、文化或家庭中，通常會如何做出醫療決定？
  How are health care decisions made in your community, culture, or family?

下列信仰、喜好及行為習慣對於本人非常重要：*（請盡可能具體。請根據需要增加頁面。）*
The following beliefs, preferences, and practices are important to me: *(Be specific. Add pages if needed.)*

本人希望聯絡下列人員，以支援本人的信仰、喜好及行為習慣：*（他們無權做出醫療決定。）*
I would want the following person(s) contacted to support my beliefs, preferences, and practices: *(They will not have power to make health care decisions.)*

姓名：
NAME:

角色：
ROLE:

電話：（　　）
PHONE:

所在組織：
ORGANIZATION:

姓名：
NAME:

出生日期：　　/　　/
DATE OF BIRTH: *（年/月/日）*
(mm/dd/yyyy)

讓醫療護理代理人做好準備
PREPARING A HEALTH CARE AGENT

本人透過回答下列問題，分享醫療方面的意願。若本人無法自行做出醫療決定，本人希望本人的醫療護理代理人參考這些資訊，指導他們代本人做出醫療決定。本人瞭解，這些資訊可針對本人的治療提供一定指導，但不可能在任何情況下都完全按照本人的意願執行。

In answering the following questions, I am sharing my health care preferences. If I cannot make health care decisions for myself, I want my health care agent to use this information to guide their decisions. I understand that this information can guide my care, but it might not be possible to follow my wishes exactly in every situation.

Cardiopulmonary Resuscitation（CPR，心肺復蘇）：我的意願是什麼？
CPR: What are my wishes?

在患者心跳和呼吸停止時，華盛頓州的標準治療方法是為患者實施心肺復蘇 (CPR)。本節可指導您的醫療護理代理人和醫療服務提供者在您住院期間發生心跳和呼吸停止時，是否實施 CPR（又稱為「急救代碼狀態」）。

Standard care in Washington state is to provide cardiopulmonary resuscitation (CPR) to people if their heart and breathing stop. This section can guide your health care agent and health care providers on whether to perform CPR if you are hospitalized and your heart and breathing stop (also known as "code status").

若本人住院期間心跳和呼吸停止：
If I am hospitalized and my heart and breathing stop:

☐ 本人希望接受 CPR。
I want CPR attempted.

☐ 除非能夠改變本人的健康狀況，否則本人在下列情況下不希望接受 CPR：
I want CPR attempted, unless there has been a change in my health, and I have:

- 生存幾率微乎其微，無法過上符合本人在本表格中所表達以及/或與醫療護理代理人所商定之目標和價值觀的生活；或
  Little chance of living a life that aligns with the goals and values I have stated in this form and/or discussed with my health care agent; or
- 疾病或傷情無法治癒，可能很快身故；或
  A disease or injury that cannot be cured, and I am likely to die soon; or
- 即使心跳恢復，生存幾率也微乎其微。
  Little chance of survival even if my heart is started again.

☐ 本人不希望接受 CPR。本人希望自然離世。*（請諮詢您的醫療服務提供者，瞭解關於「Portable Orders for Life-Sustaining Treatment（POLST，關於生命維持治療的可攜式醫囑）」表格。）*
I do not want CPR attempted. I want to be allowed to die naturally. *(Talk to your health care provider about a POLST form.)*

生命支援治療：我的意願是什麼？
Life Support: What are my wishes?

您於下方的回答將為您的醫療護理代理人提供指導。回答此問題並不意味著將本表格視為預立醫療指示（即依據華盛頓州法律，在特殊情況下不再實施或停止採取生命維持治療的指示）。如需瞭解更多資訊，請造訪 www.HonoringChoicesPNW.org，或諮詢您的醫療服務提供者。

Your response below is intended to guide your health care agent. Answering this question does not make this form a health care directive, which is a directive to withdraw or withhold life-sustaining treatment in specific situations under Washington state law. For more information, visit www.HonoringChoicesPNW.org or talk with your health care provider.

若本人病情或傷情嚴重，導致本人可能不久便會身故或陷入昏迷狀態而無法康復，則本人希望本人的醫療護理代理人：
If I am so sick or injured that I am likely to die soon or am in a coma and unlikely to recover, I want my health care agent to:

☐ 採用所有生命支援治療來維持我的生命，即使恢復希望渺茫。本人希望繼續依賴生命支援治療。
Use all life-support treatments to keep me alive even if there is little chance of recovery. I want to stay on life support.

☐ 嘗試醫療服務提供者認為可能有助於本人康復的所有生命支援治療。若治療未能奏效，且生存希望渺茫，無法過上符合本人目標和價值觀的生活，則本人不希望繼續依賴生命支援治療。到那時，請讓本人自然離世。
Try all life-support treatments that my health care providers think might help me recover. If the treatments do not work and there is little chance of living a life that aligns with my goals and values, I do not want to stay on life support. At that point, allow me to die naturally.

☐ 請讓本人自然離世。本人不希望接受生命支援治療。若已開始實施生命支援治療，本人希望立即停止。
Allow me to die naturally. I do not want to be on life support. If life-support treatments have been started, I want them to be stopped.

☐ 本人希望本人的醫療護理代理人代本人做出決定。
I want my health care agent to decide for me.

姓名：
NAME:
出生日期： / /
DATE OF BIRTH: *（年/月/日）*
(mm/dd/yyyy)

讓醫療護理代理人做好準備
PREPARING A HEALTH CARE AGENT

其他指示
Additional Directions

若本人處於臨終狀態，在本人的治療、生命支援系統及醫療資源允許的情況下，本人希望：
If I am dying and my medical care, support system, and resources allow, my preference would be to die:

- ☐ 能夠在自己或親人的家中離世（如需要，可提供臨終關懷）。
  At my home or the home of a loved one (with hospice if desired).
- ☐ 在醫療機構離世。
  In a medical facility.
- ☐ 本人對離世無任何意願。
  I do not have a preference.
- ☐ 其他（請具體說明）：
  Other (please describe): _____

若本人懷孕，且無法自行做出醫療決定，本人希望本人的醫療護理代理人和醫療服務提供者在代本人做出醫療決定時，考慮下列事項：
If I am pregnant and cannot make health care decisions for myself, I would like my health care agent and health care providers to take the following into consideration as they make health care decisions on my behalf:

_____

對於您的醫療意願，請寫下您希望醫療護理代理人、醫療服務提供者或其他人瞭解的任何其他資訊。請注意，您的器官捐贈意願和遺體處置計劃應單獨記錄。
Write any additional information you want your health care agent, health care providers, or others to know about your health care wishes. Please note that your wishes for organ donation and plans for your remains should be documented separately.

_____

姓名：_____
NAME:
出生日期：_____ / _____ / _____
DATE OF BIRTH: （年/月/日）
(mm/dd/yyyy)

授權醫療護理代理人
AUTHORIZING A HEALTH CARE AGENT

本人賦予醫療護理代理人的一般權限和權力聲明：本人授權，本人的醫療護理代理人可在本人無法自行做出醫療決定時，代本人表達同意接受治療的意願。本人授權，本人的醫療護理代理人可執行本人關於生命支援治療的意願，如採用 CPR、呼吸機、餵食管、輸血及腎透析。其中包括同意開始、繼續或停止治療。

Statement of General Authority and Powers of My Health Care Agent: I authorize my health care agent to give consent for medical treatments when I cannot make my own decisions. I authorize my health care agent to carry out my wishes regarding life-support treatments such as a CPR, breathing machines, feeding tubes, blood transfusions, and kidney dialysis. This includes consent to start, continue, or stop medical treatment.

本人作如下保證：本人理解本醫療永久授權委託書 (DPOA-HC) 的重要性和意義。本表格體現了本人醫療護理代理人的選擇及本人的目標、價值觀及意願。本人已自願填寫本表格。本人經過了深思熟慮。本人瞭解，本人可隨時改變主意。本人瞭解，本人可隨時撤銷和替換本表格。本人可撤銷先前的任何醫療永久授權委託書。若醫生或執業心理醫生認定本人沒有能力自行做出醫療決定，則本人希望本醫療永久授權委託書 (DPOA-HC) 生效。只要本人無法自行做出醫療決定，本預立醫療指示便持續有效。

I attest to the following: I understand the importance and meaning of this durable power of attorney for health care (DPOA-HC). This form reflects my health care agent choices and my goals, values, and preferences. I have filled out this form willingly. I am thinking clearly. I understand that I can change my mind at any time. I understand I can revoke and replace this form at any time. I revoke any prior durable power of attorney for health care. I want this DPOA-HC to become effective if a physician or licensed psychologist determines I do not have the capacity to make my own health care decisions. This directive will continue as long as my incapacity lasts.

本人的簽名：　　日期：
MY SIGNATURE:　　DATE:

地址、城市、州、郵遞區號：
ADDRESS, CITY, STATE, ZIP:

對於證人或公證員的要求
Witnesses or Notary Requirement

您的簽名必須由兩名證人作證或由公證員確認。
You must have your signature either witnessed by two people or acknowledged by a notary public.

備選方案 1 – 兩名證人
OPTION 1 – TWO WITNESSES

證人保證：本人聲明，本人符合作為一名證人的規定。
Witness Attestation: I declare I meet the rules for being a witness.

證人 1 簽名：　　日期：
WITNESS #1 SIGNATURE:　　DATE:
正楷姓名：
NAME PRINTED:

證人 2 簽名：　　日期：
WITNESS #2 SIGNATURE:　　DATE:
正楷姓名：
NAME PRINTED:

關於證人的規定：
Rules for Witnesses:

- 必須年滿 18 歲且具有行為能力。
  Must be at least 18 years of age and competent.
- 與您或您的醫療護理代理人不得存在血親關係、婚姻關係或在州部門註冊的同居伴侶關係。
  Cannot be related to you or your health care agent by blood, marriage, or state registered domestic partnership.
- 不能是您的家庭醫療服務提供者或您常住的成人之家或長期護理機構的護理服務提供者。
  Cannot be your home care provider or a care provider at an adult family home or long-term care facility where you live.
- 不能是您指定的醫療護理代理人。
  Cannot be your designated health care agent.

備選方案 2 – 公證員
OPTION 2 – NOTARY

STATE OF WASHINGTON)
華盛頓州)
COUNTY OF)
縣

This record was acknowledged before me on this day of ,
本人於 日確認本記錄真實有效

by (name of individual):
公證員（個人姓名）：

Signature:　　Title:　　Exp:
簽名：　　職務：　　有效期至：

姓名：
NAME:
出生日期：　/　/
DATE OF BIRTH: （年/月/日）
(mm/dd/yyyy)