



# 预先医疗计划

## 概述和预先医疗指示

Overview and Advance Directive - Simplified Chinese Translation



**Honoring Choices®**  
PACIFIC NORTHWEST

AN INITIATIVE OF



Washington State  
Hospital Association



**Foundation**  
for Health Care Improvement

This form meets the requirements of Washington state law. (本表格符合华盛顿州法律的要求。)



## 什么是预先医疗计划？

预先医疗计划是指您提前考虑将来可能需要的医疗护理。此类计划包括讨论、记录及分享对您非常重要的事项。这样可在您无法自行做出医疗决定的情况下，由其他人代您做出医疗决定。在这种情况下，与您关系密切之人需要代您做出决定。此人被称为医疗代理人，也被称为授权代理人、代理人或合法医疗决策者。

您要向医疗代理人分享您希望其代您做出的医疗决定，以便其做好准备，这非常重要。

## 什么是预先医疗指示？

预先医疗指示是以自愿、合法的方式来记录您的预先医疗计划决定。您应与对您重要之人分享您的预先医疗指示，比如您的医疗代理人和亲人以及您的医疗服务提供者、诊所及医院。预先医疗指示应定期更新。所有年满 18 岁的成人皆可完成预先医疗指示。

在华盛顿州，有两种类型的预先医疗指示：1) 医疗永久授权委托书；2) 医疗指示。

本手册中的预先医疗指示是指“Durable Power of Attorney for Health Care (DPOA-HC, 医疗永久授权委托书)”。DPOA-HC 是基于华盛顿州法律 (RCW 第 11.125 章) 签订。

您可利用本法定表格指定您的医疗代理人，以便在您无法自行做出医疗决定时，代您做出决定。您可通过在本表格中分享您的目标、价值观及意愿，让您的医疗代理人做好准备。研究表明，为确保按照您的意愿行事，最好是指定一名医疗代理人，并让其做好准备。

本手册中的预先医疗指示并非医疗指示 (RCW 第 70.122 章)。医疗指示也被称为生前遗嘱。您还可考虑完成医疗指示 (即依据华盛顿州法律，在特殊情况下撤下或停止采取生命维持治疗的指示)。如需了解关于医疗指示的更多信息，请访问 [www.HonoringChoicesPNW.org](http://www.HonoringChoicesPNW.org)，或咨询您的医疗服务提供者。

## 什么是医疗代理人？

医疗代理人是指在您无法自行做出医疗决定的情况下，您选定的代您做出决定之人。您应告知您的医疗代理人对您重要的事项，比如您的个人价值观和治疗目标。在您无法自行做出医疗决定的情况下，这些信息可指导您的医疗代理人和医疗服务提供者代您做出最适当的决定。一经完成预先医疗指示 (Durable Power of Attorney for Health Care)，即允许此人与您的医疗服务提供者就您的治疗问题做出决定。您的医疗代理人并不会因为作为您的医疗代理人而需承担为您所选治疗项目的费用。



## 优秀的医疗代理人应具备哪些素质？

您的医疗代理人应：

- ✓ 了解医疗代理人应发挥的作用，并愿意担任此角色。
- ✓ 向医疗服务提供者介绍您的目标、价值观及意愿，并描述“健康生活”或“美好的一天”对您的重要意义。
- ✓ 执行您的决定，即使对此持有异议也要执行。
- ✓ 能够在困难或承受巨大压力的情况下做出决定。

您的医疗代理人不能是：

- ✗ 未满 18 岁者。
- ✗ 您的医生或医生的雇员（他们是您的配偶、州登记的同居伴侣、父母、成年子女或成年兄弟姐妹的情况除外）。
- ✗ 您接受治疗或常住的医疗机构或长期护理机构的所有者、管理员、雇员（他们是您的配偶、州登记的同居伴侣、父母、成年子女或成年兄弟姐妹的情况除外）。

## 医疗代理人可以做什么？

在您无法自行做出医疗决定的情况下，您的医疗代理人将会根据要求代您做出医疗决定。您的医疗代理人可利用您在预先医疗指示和对话中分享的信息，指导您的治疗。

您的医疗代理人可在遵守州法律的情况下，利用其对您的目标、价值观及意愿的理解：

- 决定治疗和手术，包括是否使用心肺复苏（CPR）、呼吸机、喂食管及其他治疗方法。
- 决定是否停止生命支持治疗，并主要给予临终关怀。
- 代您审查和披露治疗病历及/或申请医疗保险福利。
- 选择为您提供治疗的医疗服务提供者和组织机构。

### 什么是 CPR？

心肺复苏术或 CPR 是在心跳和呼吸停止时采用的救治措施。如果您身体健康，那么在心跳停止后立即实施 CPR 效果最佳。如果您身体虚弱、年老或患有严重疾病，那么 CPR 成功的几率较低。

若您存活下来，那么由于肺部呼吸衰弱，您可能需要使用呼吸设备（呼吸机）。务必要告诉医疗服务提供者，CPR 是否符合您的治疗目标，这非常重要。

在患者心跳和呼吸停止时，华盛顿州的标准治疗方法是为患者实施 CPR。若您住院，在本 DPOA-HC 表格上分享您是否愿意接受 CPR，可表明您的“急救代码状态”。急救代码状态是指患者在医院内发生心跳或呼吸停止时，愿意或不愿意接受的急救治疗类型。

有些患者选择不在医院接受 CPR，也不愿意在其他环境下接受 CPR。在这种情况下，您应询问医疗服务提供者关于完成 Portable Orders for Life-Sustaining Treatment（POLST，关于生命维持治疗的便携式医嘱）的事宜。POLST 是向急救人员及其他专业医疗人员传达医疗决定的医嘱。

### 什么是生命支持治疗？

生命支持（也称为生命维持）治疗是通过支持或替代重要的身体功能来维持生命的治疗方法。这些治疗方法无法治愈疾病。这些治疗能够让您继续存活，直至身体好转，或停止生命支持，自然离世。生命支持治疗的一些示例包括 CPR、呼吸机、喂食管、输血及肾透析。您务必要了解，缓解疼痛和临终关怀是日常治疗的一部分，不能视为生命支持治疗。



## 若本人不指定医疗代理人，会怎么样？

在您无法自行做出医疗决定且未指定医疗代理人的情况下，您的医疗服务提供者将按照华盛顿州法律确定可以代您做出医疗决定的人员。这意味着他们会要求您的家人或朋友代您做出医疗决定。若无法通过下表确定家人或朋友，医疗服务提供者会请求法院指定一名监护人，代您做出医疗决定。

医疗服务提供者会按照下列顺序联系这些人员，直至确定能够代您做出医疗决定之人（RCW 第 7.70.065 章）。

1. 法院指定的监护人（如适当）
2. 指定的一名或多名医疗代理人\*
3. 配偶或登记的同居伴侣
4. 成年子女\*
5. 父母\*
6. 成年兄弟姐妹\*
7. 熟悉患者的成年孙子女\*
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. 符合特定标准的成年挚友

\*对于由多名代理人组成的团队，必须由团队内的每个人表示同意才能接受治疗。



# 哪些情况适用？

## 指定您的配偶作为您的医疗代理人

若您在本表格中选择您的配偶或登记的同居伴侣作为您的医疗代理人，若你们任何一方申请解除婚姻关系、宣告婚姻关系无效或合法分居，那么他们将停止担任您的指定医疗代理人（RCW 第 11.125.100 章）。但您可在本表格中选择，即使在你们离婚后，也继续由他们担任您的医疗代理人。

若这种情况适用于您，请在本声明（本表格第 2 页）旁签上姓名首字母：“若本人指定本人的配偶或登记的同居伴侣作为本人的医疗代理人，即使我们双方之后解除了婚姻关系、宣告婚姻关系无效或合法分居，本人仍希望他们继续作为本人的医疗代理人。”

## 不在本表格中指定医疗代理人

尽管本表格的主要目的是指定医疗代理人，但您选择不指定医疗代理人。在您未指定医疗代理人的情况下，您的医疗服务提供者将按照华盛顿州法律确定可以代您做出医疗决定的人员（RCW 第 7.70.065 章）。

若您完成本表格的其他部分，则仅视为个人价值观声明，而非预先医疗指示。个人价值观声明是对您的目标、价值观及意愿的总结。这些信息可指导您的医疗决策者代您做出决定。

若这种情况适用于您，请在本声明（本表格第 2 页）旁签上姓名首字母：“本人不指定医疗代理人。本人在本表格中分享的目标和价值观，仅可视为本人的个人价值观声明，而非预先医疗指示。”

在这种情况下，您还可考虑完成医疗指示，也称为生前遗嘱（即依据华盛顿州法律，在特殊情况下撤下或停止采取生命维持治疗的指示）。如需了解更多信息，请访问 [www.HonoringChoicesPNW.org](http://www.HonoringChoicesPNW.org)，或咨询您的医疗服务提供者。

# 对于本预先医疗指示，我应做什么？

在您完成本预先医疗指示后，您应将自己的意愿告知对您重要的人，比如您的医疗代理人和亲人以及您的医疗服务提供者、诊所及医院。同时，还可考虑向护理院或生活辅助机构分享您的预先医疗指示副本（如适用）。务必确保各方都持有一份副本，这非常重要。

## 如果我改变想法了，该怎么办？

若您对于在预先医疗指示中的决定改变了想法，可告知持有副本的各方，包括您的医疗代理人、亲人、医疗服务提供者、诊所及医院。您可随时撤销或废除您的预先医疗指示。若您希望撤销预先医疗指示，您需要通过致函（确保签名并注明日期）或口头方式告知医疗服务提供者。务必完成一份新的预先医疗指示，这非常重要。务必将新的预先医疗指示副本交给对您重要的人，比如您的医疗代理人、亲人以及您的医疗服务提供者、诊所及医院。

## 关于器官和组织捐赠，您有何想法？

若您希望成为捐赠者，请告知您的医疗代理人、家人及医疗服务提供者。您还可访问 [www.registerme.org](http://www.registerme.org)，记录您的器官、组织及眼角膜捐赠意愿。

## 在我去世后，由谁决定如何处理我的遗体？

本表格不用于指示如何处理您的遗体。根据华盛顿州法律（RCW 第 68.50.160 章），您可考虑填写专门的表格，用于指示在您去世后如何处理您的遗体。

## 如果我在预先医疗计划方面需要帮助，应与谁联系？

Honoring Choices PNW 将随时为您提供帮助。请访问 [www.honoringchoicespnw.org/locations](http://www.honoringchoicespnw.org/locations) 或发送电子邮件联系我们：[info@honoringchoicespnw.org](mailto:info@honoringchoicespnw.org)，寻求帮助。

剪

请注意医疗服务提供者  
(ATTENTION HEALTH CARE PROVIDERS)

我的姓名 (MY NAME):

我的出生日期 (MY DATE OF BIRTH):

/

/

我的医疗服务提供者  
(MY HEALTH CARE PROVIDER):

医疗服务提供者办公电话  
(PROVIDER OFFICE PHONE):

( )

请尊重我的意愿  
(PLEASE HONOR MY WISHES)

我的医疗代理人 (在 DPOA-HC 中指定)  
(MY HEALTH CARE AGENT (named on DPOA-HC)):

优先联系电话 (BEST PHONE):

( )

可在下列位置查找我的 ☐ 预先医疗指示 ☐ POLST  
(MY ☐ ADVANCE DIRECTIVE ☐ POLST CAN BE FOUND AT):

请夹好并随身携带这张钱包大小的卡片，以便让他人知道您有医疗代理人。

# 预先医疗指示：DURABLE POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE

## ADVANCE DIRECTIVE: DURABLE POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE

您可通过本预先医疗指示（即 Durable Power of Attorney for Health Care (DPOA-HC, 医疗永久授权委托书)）指定医疗代理人，并让医疗代理人做好准备。

本表格符合华盛顿州法律的要求。

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.

### 个人信息：

#### My Information:

全名：\_\_\_\_\_  
FULL NAME: \_\_\_\_\_

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

代名词（可选）：  
PRONOUNS (OPTIONAL): (即他/她/他们)  
(i.e., he/she/they)

### 指定医疗代理人

#### NAMING A HEALTH CARE AGENT

### 本人指定下列人员为本人的医疗代理人：

#### The person I designate as my health care agent is:

全名：\_\_\_\_\_  
FULL NAME: \_\_\_\_\_

与本人关系：\_\_\_\_\_  
RELATIONSHIP: \_\_\_\_\_

地址、城市、州、邮编：\_\_\_\_\_  
ADDRESS, CITY, STATE, ZIP: \_\_\_\_\_

优先联系电话：(\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_  
BEST PHONE: \_\_\_\_\_

备用联系电话：(\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_  
ALTERNATE PHONE: \_\_\_\_\_

代名词（可选）：  
PRONOUNS (optional): \_\_\_\_\_

### 本人指定下列人员为本人的备选代理人：

#### The people I designate as my alternate agents are:

若上述人员无法或不愿代本人做出医疗决定，那么本人指定下述人员为本人的第一和第二备选医疗代理人。

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.

#### 第一备选医疗代理人

##### First Alternate

全名：\_\_\_\_\_  
FULL NAME: \_\_\_\_\_

与本人关系：\_\_\_\_\_  
RELATIONSHIP: \_\_\_\_\_

地址、城市、州、邮编：\_\_\_\_\_  
ADDRESS, CITY, STATE, ZIP: \_\_\_\_\_

优先联系电话：(\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_  
BEST PHONE: \_\_\_\_\_

备用联系电话：(\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_  
ALTERNATE PHONE: \_\_\_\_\_

代名词（可选）：  
PRONOUNS (optional): \_\_\_\_\_

#### 第二备选医疗代理人

##### Second Alternate

全名：\_\_\_\_\_  
FULL NAME: \_\_\_\_\_

与本人关系：\_\_\_\_\_  
RELATIONSHIP: \_\_\_\_\_

地址、城市、州、邮编：\_\_\_\_\_  
ADDRESS, CITY, STATE, ZIP: \_\_\_\_\_

优先联系电话：(\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_  
BEST PHONE: \_\_\_\_\_

备用联系电话：(\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_  
ALTERNATE PHONE: \_\_\_\_\_

代名词（可选）：  
PRONOUNS (OPTIONAL): \_\_\_\_\_



姓名：\_\_\_\_\_  
NAME: \_\_\_\_\_

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

## 指定医疗代理人 NAMING A HEALTH CARE AGENT

### 下列情况适用:

Situations that may apply:

在下方适用于您的声明旁签上姓名首字母。您可将不适用于您的声明用线划掉。如需了解更多信息: 请访问 [www.HonoringChoicesPNW.org](http://www.HonoringChoicesPNW.org), 参见 Advance Care Planning (ACP, 预先医疗计划) 概述, 或咨询您的医疗服务提供者。  
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](http://www.HonoringChoicesPNW.org), or talk with your health care provider.

- \_\_\_\_ 若本人指定本人的配偶或登记的同居伴侣作为本人的医疗代理人, 即使我们双方之后解除了婚姻关系、宣告婚姻关系无效或合法分居, 本人仍希望他们继续作为本人的医疗代理人。  
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.
- \_\_\_\_ 本人不指定医疗代理人。本人在本表格中分享的目标和价值观, 仅可视为本人的个人价值观声明, 而非预先医疗指示。  
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.

## 让医疗代理人做好准备 PREPARING A HEALTH CARE AGENT

### 对于本人而言, 最重要的是什么?

What matters most to me?

本节将帮助您思考对您最重要的事项。这些信息将指导对您非常重要的人(比如您的医疗代理人和亲人)在您无法自行做出医疗决定的情况下, 代您做出医疗决定。

您可考虑分享:

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:

- 从身心上来说, 您喜欢做什么?  
What do you love to do, mentally and physically?
- 对您而言, 清楚自己是谁及与谁在一起有多重要?  
How important is it for you to know who you are and who you are with?
- 对您而言, 与家人和朋友沟通有多重要?  
How important is communicating with family and friends to you?
- 您认为, “健康生活” 或 “美好的一天” 是什么情形?  
What does “living well” or “a good day” look like to you?
- 您一生最重视的是什么?  
What do you value most in your life?

下列事项对于本人最为重要: (请尽可能具体。请根据需要增加页面。)

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)



## 让医疗代理人做好准备 PREPARING A HEALTH CARE AGENT

### 本人的信仰、喜好及行为习惯是什么？ What are your beliefs, preferences and habits?

### What are my beliefs, preferences, and practices?

您要让对您非常重要的人（比如医疗代理人和亲人）以及您的医疗团队，了解您的信仰、喜好及行为习惯。您可考虑分享：

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:

- 在陷入困境时，什么能带给您支持和抚慰，让您充满力量？  
What provides you support, comfort, and strength during difficult times?
- 您希望或不希望接受哪些治疗（例如输血、止痛、人工喂养）？  
What medical treatments would you want or not want (e.g., blood transfusion, pain management, artificial feeding)?
- 就您的社区、文化或家庭而言，通常会如何做出医疗决定？  
How are health care decisions made in your community, culture, or family?

**下列信仰、喜好及行为习惯对于本人非常重要：(请尽可能具体。请根据需要增加页面。)**

**The following beliefs, preferences, and practices are important to me:** *(Be specific. Add pages if needed.)*

[illegible]

本人希望联系下列人员，以支持本人的信仰、喜好及行为习惯：(他们无权做出医疗决定。)

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:	角色:
NAME:	ROLE:
电话: (       )	所在组织:
PHONE:	ORGANIZATION:

姓名: \_\_\_\_\_

NAME: \_\_\_\_\_

出生日期:                    /                    / \_\_\_\_\_

DATE OF BIRTH:            (年/月/日) \_\_\_\_\_

                                      (mm/dd/yyyy)

## 让医疗代理人做好准备

### PREPARING A HEALTH CARE AGENT

本人通过回答下列问题, 分享医疗方面的意愿。若本人无法自行做出医疗决定, 本人希望本人的医疗代理人参考这些信息, 指导他们代本人做出医疗决定。本人了解, 这些信息可针对本人的治疗提供一定指导, 但不可能在任何情况下都完全按照本人的意愿执行。

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, 心肺复苏): 我的意愿是什么?

CPR: What are my wishes?

在患者心跳和呼吸停止时, 华盛顿州的标准治疗方法是为患者实施心肺复苏 (CPR)。本节可指导您的医疗代理人和医疗服务提供者在您住院期间发生心跳和呼吸停止时, 是否实施 CPR (又称为“急救代码状态”)。

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”).

#### 若本人住院期间心跳和呼吸停止:

If I am hospitalized and my heart and breathing stop:

- ☐ 本人希望接受 CPR。  
I want CPR attempted.
- ☐ 除非能够改变本人的健康状况, 否则本人在下列情况下不希望接受 CPR:  
I want CPR attempted, unless there has been a change in my health, and I have:
- 生存希望渺茫, 无法过上符合本人在本表格中所表达以及/或与医疗代理人所商定之目标和价值观的生活; 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
  - 疾病或伤情无法治愈, 可能很快便会离世; 或  
A disease or injury that cannot be cured, and I am likely to die soon; or
  - 即使心跳恢复, 生存几率也微乎其微。  
Little chance of survival even if my heart is started again.
- ☐ 本人不希望接受 CPR。本人希望自然离世。(请咨询您的医疗服务提供者, 了解关于 “Portable Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST, 关于生命维持治疗的便携式医嘱)” 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.)

### 生命支持治疗: 我的意愿是什么?

Life Support: What are my wishes?

您在下方的回答将为您的医疗代理人提供指导。回答此问题并不意味着将本表格视为预先医疗指示 (即依据华盛顿州法律, 在特殊情况下撤下或停止采取生命维持治疗的指示)。如需了解更多信息, 请访问 [www.HonoringChoicesPNW.org](http://www.HonoringChoicesPNW.org), 或咨询您的医疗服务提供者。

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](http://www.HonoringChoicesPNW.org) or talk with your health care provider.

#### 若本人病情或伤情严重, 导致本人可能不久于世或陷入昏迷状态且无法康复, 则本人希望本人的医疗代理人:

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:

- ☐ 采用所有生命支持治疗来维持我的生命, 即使恢复希望渺茫。本人希望继续依赖生命支持治疗。  
Use all life-support treatments to keep me alive even if there is little chance of recovery. I want to stay on life support.
- ☐ 尝试医疗服务提供者认为可能有助于本人康复的所有生命支持治疗。若治疗未能奏效, 且生存希望渺茫, 无法过上符合本人目标和价值观的生活, 则本人不希望继续依赖生命支持治疗。到那时, 请让本人自然离世。  
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.
- ☐ 请让本人自然离世。本人不希望接受生命支持治疗。若已开始实施生命支持治疗, 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.
- ☐ 本人希望本人的医疗代理人代本人做出决定。  
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)



## 让医疗代理人做好准备 PREPARING A HEALTH CARE AGENT

### 其他指示

#### Additional Directions

**若本人不久于世, 且本人的治疗、生命支持系统及医疗资源允许, 则本人希望:**

If I am dying and my medical care, support system, and resources allow, my preference would be to die:

☐ 能够在自己或亲人的家中离世 (如需要, 可提供临终关怀)。

At my home or the home of a loved one (with hospice if desired).

☐ 在医疗机构离世。

In a medical facility.

☐ 本人对离世无任何意愿。

I do not have a preference.

☐ 其他 (请具体说明):

Other (please describe):

**若本人怀孕, 且无法自行做出医疗决定, 本人希望本人的医疗代理人和医疗服务提供者在代本人做出医疗决定时, 考虑下列事项:**

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:

**对于您的医疗意愿, 请写下您希望医疗代理人、医疗服务提供者或其他人了解的任何其他信息。请注意, 您的器官捐赠意愿和遗体处置计划应单独记录。**

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)

## 授权医疗代理人 AUTHORIZING A HEALTH CARE AGENT

**本人赋予医疗代理人的一般权限和权力声明:** 本人授权, 本人的医疗代理人可在本人无法自行做出医疗决定时, 代本人表达同意接受治疗的意愿。本人授权, 本人的医疗代理人可执行本人关于生命支持治疗的意愿, 如采用 CPR、呼吸机、喂食管、输血及肾透析。其中包括同意开始、继续或停止治疗。

**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.

**本人作如下保证:** 本人理解本医疗永久授权委托书 (DPOA-HC) 的重要性和意义。本表格体现了本人医疗代理人的选择及本人的目标、价值观及意愿。本人已自愿填写本表格。本人经过了深思熟虑。本人了解, 本人可随时改变主意。本人了解, 本人可随时撤销和替换本表格。本人可撤销先前的任何医疗永久授权委托书。若医生或执业心理医生认定本人没有能力自行做出医疗决定, 则本人希望本医疗永久授权委托书 (DPOA-HC) 生效。只要本人无法自行做出医疗决定, 本预先医疗指示便持续有效。

**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.

本人的签名:

日期:

MY SIGNATURE:

DATE:

地址、城市、州、邮编:

ADDRESS, CITY, STATE, ZIP:

### 对于证人或公证员的要求

#### Witnesses or Notary Requirement

您的签名必须由两名证人作证或由公证员确认。

You must have your signature either witnessed by two people or acknowledged by a notary public.

#### 备选方案 1 - 两名证人

##### OPTION 1 - TWO WITNESSES

**证人保证:** 本人声明, 本人符合作为一名证人的规定。

**Witness Attestation:** I declare I meet the rules for being a witness.

证人 1 签名:

日期:

WITNESS #1 SIGNATURE:

DATE:

正楷姓名:

NAME PRINTED:

证人 2 签名:

日期:

WITNESS #2 SIGNATURE:

DATE:

正楷姓名:

NAME PRINTED:

#### 备选方案 2 - 公证员

##### OPTION 2 - NOTARY

STATE OF WASHINGTON )

华盛顿州 )

COUNTY OF )

县 )

This record was acknowledged before me on this

day of

本人于

日确认本记录真实有效

by (name of individual):

公证员 (个人姓名):

Signature:

Title:

Exp:

签名:

职务:

有效期至:

#### 关于证人的规定:

##### Rules for Witnesses:

☒ 必须至少年满 18 岁且具有行为能力。

Must be at least 18 years of age and competent.

☐ 与您或您的医疗代理人不得存在血亲关系、婚姻关系或在州登记的同居伴侣关系。

Cannot be related to you or your health care agent by blood, marriage, or state registered domestic partnership.

☐ 不能是您的家庭医疗服务提供者或您常住的成人之家或长期护理机构的护理服务提供者。

Cannot be your home care provider or a care provider at an adult family home or long-term care facility where you live.

☐ 不能是您指定的医疗代理人。

Cannot be your designated health care agent.



姓名:

NAME:

出生日期:

/ /

DATE OF BIRTH:

(年/月/日)  
(mm/dd/yyyy)