

Honoring Choices Massachusetts
麻薩諸塞州健康護理代理授權書說明和表格

說明： 每一位年滿 18 歲及以上有能力的成年人都有權在健康護理代理授權書中任命一位健康護理代理人。如需用繁體中文和英文創建您的健康護理代理授權書，請打印本三頁紙的文件，包括代理說明和兩份空白表格。請按照說明，在兩份表格中填寫完全相同的資訊和相同的日期。首先填寫中文表格，並在兩位證人面前簽名和填寫日期，證人將在您之後簽名和填寫日期。然後填寫英文表格，填寫與繁體中文表格完全相同的資訊和日期，並在兩位證人面前簽名和填寫日期，證人將在您之後簽名和填寫日期。

1. 您的姓名和地址

請在空白處用正楷字或大寫字母填寫您的全名。用大寫字母填寫您的地址。

2. 我的健康護理代理人是：

請用大寫字母填寫您的健康護理代理人的姓名、地址和電話號碼。

- 選擇一位您信任的人，在您無法自己做出決定或無法交流自己的決定時，按照您的選擇、價值觀和信仰，為您做出健康護理決定；
- 您的健康護理代理人和後補代理人不得是您作為患者或居住者所在的或申請入住的設施的經營者、管理員或僱員，除非他們與您有血緣、婚姻或領養關係。

3. 我的後補健康護理代理人：

請用大寫字母填寫您的後補健康護理代理人的姓名、地址和電話號碼。

- 如果您的健康護理代理人無法提供服務、不願或不能提供服務、或無法做出及時的決定，選擇一位您信任的人為您做出健康護理決定。

4. 我的健康護理代理人授權：

您在此授予您的代理人為您做出決定的授權或權利。

- 如果您希望您的代理人在任何情況下做出所有決定，則無需填寫本欄。
- 如果您不希望您的代理人做出某些決定或需要給予任何指示，請在所提供的空白處填寫授權限制或指示。

5. 簽名和日期：

請在兩位成年證人面前簽署您的全名，證人在您之後簽名。並請填寫日期。

- 您可以請人按照您的指示在兩位證人面前代替您簽名。

6. 證人聲明和簽名：

除您的健康護理代理人和後補代理人之外的任何有能力的成年人都可以作為證人。

- 在您簽署本文件時，兩位成年人必須在場作為證人。他們需要看到您簽署本文件或另一個人按照您的指示簽署本文件，並在您之後簽名，聲明您至少年滿 18 歲、心智健全、且沒有受到強制或不正當的影響。
- 請第一位證人簽名，然後用正楷字或大寫字母填寫自己的姓名和日期；
- 然後請第二位證人簽名，並用正楷字或大寫字母填寫自己的姓名和日期。

7. 健康護理代理人聲明：（選擇填寫）

不要求必須填寫本欄，但填寫本欄可幫助您的醫生和家人瞭解您任命的代理人已經接受任命。如需填寫本欄，請您的代理人在所提供的空白處簽名和填寫日期。

重要事項： 同時填寫中文表格和英文表格。請務必在兩份表格中填寫完全相同的資訊，並在證人面前簽名和填寫日期。請將一份複製副本交給您的健康護理代理人，將一份複製副本交給您的醫生，放入您的醫療記錄中。

@ 2015 Honoring Choices Massachusetts (HCM). HCM Health Care Proxy (Trad. Chinese) April 2015

本文件是「Honoring Choices Massachusetts 麻薩諸塞州健康護理代理授權書說明和表格」的譯文。我們許可複製本文件全文，但須保留資料來源和腳註。儘管我們已經盡最大努力提供完整和準確的翻譯，Honoring Choices Massachusetts 不能擔保所提供的資訊或譯文沒有錯誤，不對因依賴本文件導致的任何後果承擔責任，且明確聲明不對任何人採取的任何行動承擔任何責任。

麻薩諸塞州健康護理代理委託書

1. 我， _____（地址： _____），

任命以下人士擔任我的健康護理代理人，授予該人士代表我做出健康護理決定的權利。如果我的治療醫生以書面形式通知，根據《麻薩諸塞州普通法》第 201D 章的規定，認為我不具備自己做出或交流健康護理決定的能力，本授權將生效。

2. 我的健康護理代理人是：

姓名： _____ 地址： _____

電話號碼： _____； _____； _____

3. 我的後補健康護理代理人

如果我的代理人無法提供服務、不願或不能提供服務、或無法做出及時的決定，我任命：

姓名： _____ 地址： _____

電話號碼： _____； _____； _____

4. 我的健康護理代理人授權

我授予我的健康護理代理人與我擁有的任何和所有健康護理決定相同的權利，包括維持生命治療決定，但以下各項除外（列出授權限制或指示（如有））：

我授權我的健康護理代理人根據他/她對我的選擇、價值觀和信仰（如知道）的評估、且根據我的最佳利益（如果不知道）做出健康護理決定。我授予我的健康護理代理人與我相同的使用和披露我的健康資訊和醫療記錄的權利，但須受《1996 年健康保險攜帶與責任法》（HIPAA）（《美國法典》第 42 章第 1320d 款）的制約。本健康護理代理授權書影印件具有與原件相同的效力和作用。

5. 簽名和日期。我在兩位證人面前，在本健康護理代理授權書中簽署我的姓名和填寫日期。

簽名 _____ 日 _____ 期 _____

6. 證人聲明和簽名（必須填寫）

我們，以下簽名人，親眼看到以上簽名人在本文件中簽名或由以上簽名人指示他人代為在本文件中簽名。我們聲明，簽名人看上去至少年滿 18 歲、心智健全、且未受到強制或不正當的影響。我們兩人均不是健康護理代理人或後補健康護理代理人。

第一位證人

簽名： _____

用正楷字或大寫字母填寫姓名： _____

日期： _____

第二位證人

簽名： _____

用正楷字或大寫字母填寫姓名： _____

日期： _____

7. 健康護理代理人聲明（選擇填寫）：

我們已經仔細閱讀本文件，並接受該任命。

健康護理代理人 _____ 日期 _____

後補健康護理代理人 _____ 日期 _____

Massachusetts Health Care Proxy

1. I, _____ Address: _____,

appoint the following person to be my Health Care Agent with the authority to make health care decisions on my behalf. This authority becomes effective if my attending physician determines in writing that I lack the capacity to make or communicate health care decisions myself, according to Chapter 201D of the General Laws of Massachusetts.

2. My Health Care Agent is:

Name: _____ Address: _____

Phone(s): _____; _____; _____

3. My Alternate Health Care Agent

If my Agent is not available, willing or competent, or not expected to make a timely decision, I appoint:

Name: _____ Address: _____

Phone(s): _____; _____; _____

4. My Health Care Agent's Authority

I give my Health Care Agent the same authority I have to make any and all health care decisions including life-sustaining treatment decisions, except (list limits to authority or give instructions, if any):

_____.

I authorize my Health Care Agent to make health care decisions based on his or her assessment of my choices, values and beliefs if known, and in my best interest if not known. I give my Health Care Agent the same rights I have to the use and disclosure of my health information and medical records as governed by the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA), 42 U.S.C. 1320d. Photocopies of this Health Care Proxy have the same force and effect as the original.

5. **Signature and Date.** I sign my name and date this Health Care Proxy in the presence of two witnesses.

SIGNED _____ DATE _____

6. Witness Statement and Signature (Required)

We, the undersigned, have witnessed the signing of this document by or at the direction of the signatory above and state the signatory appears to be at least 18 years old, of sound mind and under no constraint or undue influence. Neither of us is the health care agent or alternate agent.

Witness One

Signed: _____

Print Name: _____

Date: _____

Witness Two

Signed: _____

Print Name: _____

Date: _____

7. Health Care Agent Statement (Optional):

We have read this document carefully and accept the appointment.

Health Care Agent _____ Date _____

Alternate Health Care Agent _____ Date _____