

马萨诸塞州医疗保健代理说明和文件

(Massachusetts Health Care Proxy Instructions and Document – Simplified Chinese)

说明：每位年满18岁的有能力的成年人都有权在医疗保健代理书中指定一名医疗保健代理人。如需创建您的医疗保健代理书，请打印本两页表格，并将说明页和空白文件放在面前。请按照分步说明，在两位证人面前签署医疗保健代理书和填写日期，证人在您之后签署文件和填写日期。

1. 您的姓名和地址 (必须填写)

请在空白处用大写字母填写您的全名。请用大写字母填写您的地址。

2. 我的医疗保健代理人 (必须填写)

请用大写字母填写您的医疗保健代理人的姓名、地址和电话号码。

- 选择一位您信任的人，在您无法作出或交流您的决定时，根据您的选择、价值观和信仰，为您作出医疗保健决定；
- 您的医疗保健代理人和替代代理人不得是您作为患者或入住者或已申请入住的设施内的经营者、管理员或雇员，除非他们与您有血缘、婚姻或领养关系。

3. 我的替代医疗保健代理人 (并非必填栏目，但有替代代理人会有帮助)

如果可能，指定一位您信任的人作为后备或替代代理人，如果您的医疗保健代理人不在、不愿意或不能胜任，或者预期不会及时作出决定，该人士可以替代，作出医疗保健决定。请用大写字母填写该人士的姓名、地址和电话号码。

4. 我的医疗保健代理人权限 (必须填写)

您可以在此授予您的代理人最广泛的决定权，作出“任何和所有”决定，包括维持生命的治疗，或者限制他/她的权利：

- 如果您希望授予“任何和所有”决定权，请将本栏空下。
- 如果您不希望授予“任何和所有”决定权，请描述您希望限制代理人权利的方式，并将其填写在指定的空白处。

5. 签名和日期 (必须填写)

请勿提前签名。在您之后签名的两名成年证人面前签署您的全名和填写日期。

- 您可以授权某人按照您的指示在两名证人面前签署您的姓名。

6. 证人声明和签名 (必须填写)

除您的医疗保健代理人和替代代理人外，任何有能力的成年人都可以作为证人。

- 签署本文件时，必须有两位成年人作为证人在场。他们会看着您签署文件，或看着另一个人在您的指示下签名，并在您之后签名，声明您至少年满 18 岁、心智健全且没有受到任何限制或不当影响。
- 让第一位证人签名，然后用大写字母填写证人的姓名和日期；
- 然后让第二位证人签名，用大写字母填写证人的姓名和日期。

7. 医疗保健代理人声明 (选择填写)

本栏并非必填栏目，但可以帮助您的医生和家人了解您指定的代理人已接受该职位。您的代理人在指定的空白处签名，并填写日期。

重要事项：请保留医疗保健代理书原件。将一份复印件交给您的医疗保健代理人。向您的医生和护理提供者提供一份副本，扫描后存入您的医疗记录，以便他们知道在您患病或受伤且无法为自己代言时，如何联系您的代理人。

马萨诸塞州医疗保健代理书
(Massachusetts Health Care Proxy – Simplified Chinese)

1. 我, _____ 地址 _____ ,
指定以下人员作为我的医疗保健代理人, 该人士有权代表我作出医疗保健决定。根据《马萨诸塞州普通法》第201D章的规定, 如果我的主治医生以书面形式确定我缺乏自己作出或表达医疗保健决定的能力, 本授权则将生效。

2. 我的医疗保健代理人:

姓名: _____ 地址: _____
电话: _____; _____; _____

3. 我的替代医疗保健代理人

如果我的代理人不在、不愿意或不能胜任, 或预期不会及时作出决定, 我指定:

姓名: _____ 地址: _____
电话: _____; _____; _____

4. 我的医疗保健代理人权限

我授予我的医疗保健代理人与我相同的作出任何和所有医疗保健决定的权利, 包括维持生命的治疗决定, 但以下各项除外(列出权限或指示(如有)):

我授权我的医疗保健代理人根据他/她对我的选择、价值观和信仰的评估(如已知)以及按照我的最佳利益(如未知)作出医疗保健决定。我给予我的医疗保健代理人与我相同的使用和披露我的医疗信息和医疗记录的权利, 但须受《1996年健康保险流通与责任法》(HIPAA) (42 U.S.C. 1320d) 的制约。本医疗保健代理书的复印件与原件具有同等效力。

5. 签名和日期。 我在两位证人面前在本医疗保健代理书中签名和填写日期。

签名 _____ 日期 _____

6. 证人声明和签名

我们 — 以下签名人 — 见证了上述签名人或其指示下签署了本文件, 并声明签名人看起来至少年满18岁、心智健全、未受到任何限制或不当影响。我们不是医疗保健代理人或替代代理人。

第一位证人

第二位证人

签名: _____ 签名: _____

用大写字母填写姓名: _____ 用大写字母填写姓名: _____

日期: _____ 日期: _____

7. 医疗保健代理人声明 (选择填写):

我们已认真阅读本文, 决定接受本任命。

医疗保健代理人 _____ 日期 _____

替代医疗保健代理人 _____ 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

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 _____