



医疗预先说明

患者全名: _____
姓 名 中间名

出生日期: _____ 社会保险号: _____ / _____ / _____
月 - 日 - 年

第一部分：医疗说明

本人, _____ 授予我的医疗提供者以及与此服务相关的其他人员根据我下面的选择提供、保留或撤销相关治疗的权利:

单选 – A 或 B

- A. 选择延长生命:**
我希望能根据我的条件, 在常规医疗标准限制之内尽量延长我的生命。
- B. 选择不延长生命:**
我的身体情况已完全不能治愈, 在很短的时间内将死亡; 或者我已没有意识并且, 经适当的医疗确诊我已没有再恢复意识的可能; 或者治疗所带来的风险和负担会超出预期。

人工营养和水分 (食物和水):

- 我希望**提供人工营养和水分 (不管我上面选择的是 A 还是 B)。
- 我不希望**提供人工营养和水分 (不管我上面选择的是 A 还是 B)。

减轻痛苦:

- 我希望**得到治疗以减轻我的痛苦与不适 (即使这样会加速我的死亡)。
- 我不希望**为减轻我的痛苦与不适而进行治疗 (即使这样会加速我的死亡)。

其他意愿:

如果您不同意以上的任意一项选择而是希望另行填写您自己的意愿, 或想要为以上的说明添加伦理道德、宗教或精神等方面的说明, 请在此填写:

本人, _____, 提供以下说明: _____
(正楷书写的全名)



第二部分：医疗代理人委托书

- 我选择不指定代理人
- 我选择指定代理人

代理人指定：

我指定以下人员作为我的医疗决定代理人，为我的医疗做出相关决定：

(我的代理人的姓名 – 正楷书写的全名)	(与我的关系)		
(地址)	(城市)	(州)	(邮政编码)
(家庭电话号码)	(办公室电话号码)	(传呼机号码、手机号码或电子邮箱地址)	

- 我选择不指定备选代理人
- 我选择指定备选代理人

备选代理人指定：

我指定以下人员作为我的备选医疗决定代理人，为我的医疗做出相关决定：

(我指定的代理人的姓名 – 正楷书写的全名)	(与我的关系)		
(地址)	(城市)	(州)	(邮政编码)
(家庭电话号码)	(办公室电话号码)	(传呼机号码、手机号码或电子邮箱地址)	

我的代理人的权力何时生效

- 我的代理人为我做出医疗决定的权力即刻生效。
- 当我的医生确诊我已无能力做出医疗决定时，我的代理人的权力开始生效。

代理人的义务

我的代理人应根据此医疗委托书、我在此表的第一部分中的说明以及代理人所了解的其他意愿，为我的医疗做出相应的决定。对于未表明的心愿，我的代理人应该从我的切身利益出发，据此为我做出医疗决定。在确定我的切身利益时，我的代理人应该尽量考虑到我的个人价值。

代理人的权力

我授权我的代理人可以在以下情况之外的任何情况下为我做出医疗决定： _____



医疗预先说明

第三部分：死亡后的器官捐献（可选）

我死亡后：（标记相应的方框）：

只要需要我可以捐赠任何器官、组织或部位，或者

我仅捐赠以下器官、组织或部位： _____

我想将我的捐赠用于以下目的：（划掉您不想用于的目的）

(i) 移植

(ii) 治疗

(iii) 研究

(iv) 教育

签名：（在此处签署姓名和日期）

通过执行此医疗预先说明，我特此同意撤回之前的其他医疗预先说明。

签名

日期

正楷书写的姓名

地址

城市

州

邮政编码

副本效力

此表的副本与原始表格具有相同的效力。

只有符合以下任一条件，此医疗预先说明才能用于制定医疗决定：

选项 A： 经两名有资格的成年见证人签名，这两名见证人应该是您熟悉的人并且在您签名和承认签名时在场。

或

选项 B： 经国家公证人认证。

医疗预先说明

选项 A 或选项 B

选项 A:

见证人 1:

我郑重声明：我如若做出虚假保证，则应依照 Hawaii Revised Statutes（夏威夷修订条例）第 710-1062 条相关规定受到相应惩罚；我认识此当事人；当事人签署或确认此医疗预先说明时我确实在场；当事人签署或确认该说明时意识清晰且没有受到任何强迫、欺骗或非法影响；我没有被指定为此文档的代理人；我既不是医疗提供者，也不是医疗提供者或机构的员工。我与当事人没有任何血缘、婚姻或收养关系。据我所知，根据现有的遗嘱或法律规定，当事人去世后我没有任何资格继承当事人的任何遗产。

见证人 1 签名

日期

正楷书写的姓名

电话号码/手机号码/电子邮箱地址

地址

城市

州

邮政编码

见证人 2:

我郑重声明：我如若做出虚假保证，则应依照 Hawaii Revised Statutes（夏威夷修订条例）第 710-1062 条相关规定受到相应惩罚；我认识此当事人；当事人签署或确认此医疗预先说明时我确实在场；当事人签署或确认该说明时意识清晰且没有受到任何强迫、欺骗或非法影响；我没有被指定为此文档的代理人；我既不是医疗提供者，也不是医疗提供者或机构的员工。

见证人 2 签名

日期

正楷书写的全名

电话号码/手机号码/电子邮箱地址

地址

城市

州

邮政编码

选项 B:

所在州

所在城市和国家

年 _____ 月 _____ 日，

经公证人 _____（插入公证人姓名）公证

在场见证人为 _____，此见证人是我认识（或凭适当的证据向我证明身份）之人，其姓名已签署在此文书之中，且确认由此人执行此文书中的规定。

公证人盖章

我的代理权有效期： _____

(公证人签名)

(正楷书写的姓名)