



Health Care Proxy (医疗护理委托书)

指定您在 *New York State* 的医疗护理代理人

纽约州医疗护理代理法允许您指定自己信任的人，例如家人、同性伴侣或好友，在您失去决策能力时替您作出有关医疗护理的决策。通过指定医疗护理代理人，您能够确认医疗服务提供者是否遵循您的意愿。当医疗条件发生变化时，您的代理人还能够决定如何表达您的意愿。医院、医生和其它医疗服务提供者必须像遵循您的决策一样遵循您的代理人的决策。您可以向您选作您的医疗护理代理人的个人授予您认为适当的权利。您可以允许您的代理人做出所有医疗护理决策，或只做出部分医疗护理决策。您还可以向您的代理人下达他或她必须遵守的说明。本表格也能够用于证明您捐赠器官或组织的意愿或指示。

关于 Health Care Proxy 表

这是一份重要的法律文件。

在签署之前，您应当明了以下事实：

1. 本表格授权您选择的代理人为您做出所有医疗护理决策，包括移除或提供生命维持治疗的决策，除非您在本表格中另外说明。“医疗护理”是指诊断或治疗您的身体或精神状况的任何治疗、服务或程序。
2. 除非您的代理人合理地知道您关于人工营养和流体喂养（通过鼻饲管和脉注射供应营养和水）的愿望，他或她将不得代您拒绝或同意这些事项。
3. 如果您的医生确定您无法自行做出医疗护理决策，您的代理人将开始为您做出决策。
4. 您可在本表格上写下您不需要的治疗类型和/或那些您希望确保得到的治疗。这些说明可用于限制代理人的决策权限。您的代理人在为您做决策时必须遵照您的说明。
5. 您填写本表格不需要律师。
6. 您可选择任何成年人（年满 18 岁）作为您的代理人，包括家人、同性伴侣或好友。如果您选择一名医生作为您的代理人，他或她将必须在您的代理人或您的主治医师两个身份之间做出选择，因为医生不能同时拥有这两个身份。此外，如果您是某个医院、私人疗养院或心理卫生机构的病人或住院医生，要让为该机构工作的人员作为您的代理将有特殊要求。有关这些限制，请咨询该机构人员。
7. 在指定某人作为您的医疗护理代理之前，可先同他或她讨论，确保他或她愿意作为您的代理人。告诉您选择的人士，他或她将成为您医疗护理代理人。请和您的代理人讨论自己的医疗护理愿望以及本表格。务必向代理人提供已签名的副本。您的代理人不能因出于良好意愿做出的决策而受到控告。
8. 如果您指定自己的配偶作为医疗护理代理人，并且之后您们离婚或合法分居，根据法律，除非您另行声明，您的前配偶可不再作为您的代理人。如果您仍希望自己的前配偶作为代理人，可在本表格上说明这点并写下日期，或者填写新表格来指定您的前配偶。
9. 即使您签署了本表格，只要您个人有能力，您仍有权自行进行医疗护理决策，并且如果您反对，将不会提供或停止相应治疗，您的代理人也没有任何反对权限。
10. 您可通过口头或书面形式告知代理人或您的医疗服务提供者来取消您对代理人的授权。
11. 指定医疗护理代理人属于自愿行为。没有人能强制您指定。
12. 您可在本表格上表达自己关于器官和/或组织捐赠的意愿或说明。

常见问题解答

我为什么应选择医疗护理代理人？

如果您不能，即使是临时不能做出医疗护理决策，其他人必须为您做出决策。医疗服务提供者经常希望从家庭成员那里获得指导。家庭成员可以表达他们认为与具体治疗有关的您的意愿。指定代理人使您通过下述各项来掌控您的治疗方案：

- 允许您的代理人在您想要他们做决策时，代您做出医疗护理决策。
- 选择您认为能够做出最佳决策的人来为您做出医疗护理决策。
- 选择代理人以避免家庭成员及/或亲密伴侣之间的矛盾或困惑。

如果您第一次指定的代理人不能做决策，您还可以指定候补代理人来接替他。

哪些人能够担任医疗护理代理人？

18 岁或以上任何人均能够担任医疗护理代理人。您指定担任您的代理人或候补代理人的个人不能作为见证人在 Health Care Proxy 表上签字。

我怎样指定医疗护理代理人？

18 岁或以上具完全行为能力的成年人能够通过签署 Health Care Proxy 指定医疗护理代理人。您无需律师或公证人，只需两名成年见证人。您的代理人不能作为见证人签字。您可以使用从这里打印的表格，但您不必一定使用这个表格。

我的医疗护理代理人在什么时候代我做出医疗护理决策？

在您的医生决定您不能做出您自己的医疗护理决策后，您的医疗护理代理人可以开始代您做出医疗护理决策。如果您有能力为您自己做出医疗护理决策，您将有权这么做。

我的医疗护理代理人能够做哪些决策？

除非您限制您的医疗护理代理人的权限，您的代理人将可以做出您在有能力为自己决策时可能做出的任何医疗护理决策。根据您的意愿和利益，您的代理人能够同意您应当接受治疗、在不同治疗方案中做出抉择、以及决定不接受所提供的治疗。但是，如果您的代理人知道您已经说明或已经书面表达的意愿，她或他只能做出人工营养和水份补充相关决策（通过喂食管或静脉注射提供营养和水份）。Health Care Proxy 表未授予您的代理人代您做出非医疗护理决策的权力，如财务决策。

如果我年轻并健康，我为什么需要指定医疗护理代理人？

即使您不是老年人或临终病人，指定医疗护理代理人仍是一个好主意。即使是您临时不能做出您自己的医疗护理决策（例如，当您全身麻醉或因事故已经昏迷时），医疗护理代理人也能代您做出医疗护理决策。当您再次能够做出您自己的医疗护理决策时，您的医疗护理代理人将不再有权代您做出医疗护理决策。

我的医疗护理代理人怎样做决策？

您的代理人必须遵循您的意愿，以及您的道德和宗教信仰。您可以将说明写在您的 Health Care Proxy 表上，或与您的代理人对指示进行简单的讨论。

我的医疗护理代理人怎样知道我的意愿？

与您的医疗护理代理人对您的意愿进行坦诚布公的讨论将使他或她更好地为您的利益服务。如果您的代理人不知道您的意愿或信仰，法律要求您的代理人采取符合您最大利益的行动。由于这是对您指定担任医疗护理代理人的个人的主要职与您的医疗护理代理人对您的意愿进行坦诚布公的讨论将使他或她更好地为您的利益服务。如果您的代理人不知道您的意愿或信仰，

常见问题解答，接上页

法律要求您的代理人采取符合您最大利益的行动。由于这是对您指定担任医疗护理代理人的个人的主要职：

- 如果您永久性昏迷，您是否想要开始/继续/停止维系生命；
- 如果您患有晚期疾病，您是否想要开始/继续/停止治疗；
- 您是否想要开始/停止或继续或停止人工营养和水分补给，以及在什么样的情况下适用。

我的医疗护理代理人能够否决我的意愿或先前的治疗说明吗？

不能。您的代理人有义务根据您的意愿做出决策。如果您已经清楚地表达了特殊意愿或给了特殊治疗说明，您的代理人有义务遵循那些意愿或指示，除非他或她善意地认为您改变了意愿或您的意愿不适合当时的情况。

哪些人将关注我的代理人？

依法要求所有医院、疗养院、医生和其它医疗服务提供者向您的医疗护理代理人提供与提供给您一样的信息，以及像尊重您做出的决策一样的尊重您的代理人所做出的决策。如果医院或疗养院反对某些治疗方法（例如停止某些治疗），如果可以合理地停止，他们在停止前或停止时必须告诉您或您的代理人。

当必须做出决策时，如果和我的医疗护理代理人联系不上的话将会怎么样？

如果在必须做出决策时和您的医疗护理代理人联系不上，或医疗护理代理人不能或不愿意做出决策，您可以指定候补代理人代您做决策。否则，医疗服务提供者将根据您还能够决策时提供的指示代您做出医疗护理决策。在这种情况下，您写在 Health Care Proxy 表上的任何指示将指导医疗服务提供者。

如果我改变了想法，将会怎么样？

您可以容易地取消您的 Health Care Proxy，或更换您所指定的医疗护理代理人，或修改您在 Health Care Proxy 中的任何说明或限制条件。简单地填写一份新表格。此外，您可以明确指示您的 Health Care Proxy 在某个指定日期或在发生某些事件时到期。否则，Health Care Proxy 将无限期地有效。如果您选择您的配偶担任您的医疗护理代理人或您的候补代理人，但您已经离婚或合法分居，约定将自动无效。但是，如果您想要您的前配偶继续担任您的代理人，您可以在您现在的表格中注明并写下时间，或在新表格中填写您前配偶的姓名。

我的医疗护理代理人是否将对代我做的决策负法律责任？

否。您的医疗护理代理人将不对诚意代您做出的医疗护理决策负责。此外，由于他或她只是您的代理人，所以将不会对您的护理费用负责。

Health Care Proxy 与生前遗嘱一样吗？

否。生前遗嘱是提供医疗护理决策相关明确说明的文件。您可以在 Health Care Proxy 表中填写此类说明。Health Care Proxy 允许您选择您信任的人代您做出医疗护理决策。与生前遗嘱不一样，Health Care Proxy 不要求您事先知道可能出现的所有决策。然而，您的医疗护理代理人能够在医疗情况发生变化时解释您的意愿，并能够做出您可能不知道但却必须做出的决策。

在签署 Health Care Proxy 表后，我应将它保存在哪里？

向您的代理人、医生、律师以及您所希望的其他家庭成员或亲密朋友提供一份副本。在您的钱包或手提袋中保存一份副本或与其它重要文件保存在一起，但不要保存在没人能够找得到的地方，例如保险箱。即使您因小手术住院或接受门诊手术，也应携带一份副本在身上。

常见问题解答，接上页

我可以用 **Health Care Proxy** 表达我捐赠器官/或组织的意愿吗？

是的。利用 **Health Care Proxy** 表上的可选的器官及组织捐赠章节来表达您的捐赠意愿，须有两人见证您填写该章节。您可以规定您的器官及/或组织用于移植、研究或教学目的。委托书的该章节中应注明和您的意愿相关的任何限制条件。**Health Care Proxy** 表中未包括您的意愿和指示将不视为您不想成为一名器官及/或组织捐赠者。

我的医疗护理代理人能够代我做出捐赠器官及/或组织相关决策吗？

是的。自 2009 年 8 月 26 日起，您的医疗护理代理人将被授权在您去世后做出仅限于与器官及/或组织捐赠相关的决策。您的医疗护理代理人必须做出您的 **Health Care Proxy** 表中所示的决策。

如果我当时未表达我的意愿，谁能够同意捐赠？

如果有指定的代理人，则向您的医疗护理代理人、您指定的身后事代理人以及您的家庭成员提及您捐赠器官及/或组织的意愿是至关重要的。纽约州法律提供了有权代您同意捐赠器官及/或组织的个人的名单。他们的优先顺序如下：您的医疗护理代理人、您的身后事代理人、您的配偶（如果您未合法分居或您的同居伴侣）、年满 18 岁或更大的儿子或女儿、您的父亲或母亲、年满 18 岁或以上的兄弟姐妹或在捐赠人去世前法院指定的监护人。

Health Care Proxy 表说明

项目(1)

写下选为自己代理人的人士的姓名、家庭地址和电话号码。

项目(2)

如果您希望指定候补代理人，可写下您选为自己的候补代理人的人士的姓名、家庭地址和电话号码。

项目(3)

除非您设定到期日期或到期条件，否则您的 Health Care Proxy 将无限期保持有效。本部分为选填内容，仅在您希望自己的 Health Care Proxy 有到期日期时填写。

项目(4)

如果您对自己的代理人有特殊说明，可在此注明。此外，如果您以任何方式限制代理人的权限，您也可在此说明或与您的医疗护理代理人讨论相关内容。如果未说明任何限制，您的代理人将能够代您做出任何医疗护理决策，包括同意或拒绝生命维持治疗的决策。

如果您希望赋予您的代理人较大的权限，可直接在该表上注明。只需写明：*我已经和自己的医疗护理代理人和候补医疗护理代理人讨论了自己的愿望，他们了解我的愿望，包括人工营养和流体喂养方面的愿望。*

如果您希望进行更为具体的说明，您可以说：

如果我情况危急，我不希望接受以下类型的治疗....

如果我昏迷或神志不清，没有康复希望，我希望/不希望接受以下类型的治疗：

如果我有脑损伤或者脑疾病让自己无法辨识人或讲话，并且该状况没有希望改善，我希望/不希望接受以下类型的治疗：

我已经同我的代理人就_____进行了讨论，并且我希望我的代理人就这些措施进行所有决策。

下面列出了您可能希望给您的代理人特殊指示的医疗方法的示例。这并非完整列表：

- 人工呼吸
- 人工营养和水分补给（通过饲管供应营养和水）
- 心肺复苏 (CPR)
- 抗精神类疾病药物治疗
- 电休克疗法
- 抗生素
- 手术治疗
- 透析
- 移植
- 输血
- 堕胎
- 消毒

项目(5)

您必须签署 Health Care Proxy 表并注明日期。如果您无法亲自签名，可指定其他某个人在您在场的情况下签署。请务必填上自己的地址。

项目(6)

您可在该表格上表达自己的愿望或者有关器官和/或组织捐赠的说明。纽约州法律按优先级的顺序为特定个人赋予代表您同意捐赠器官和/或组织的权利：您的医疗护理代理人、您指定的身后事代理人、您的配偶（如果并未合法分居）或者您的家庭伴侣、年满 18 岁或以上的儿子或女儿、您的父亲或母亲、年满 18 岁或以上的兄弟姐妹、捐赠人死亡之前法院指定的监护人。

项目(7)

两名年满 18 岁或以上的见证人必须签署 Health Care Proxy 表。被指定为您的代理人或候补代理人的人士不得作为见证人签署。

Health Care Proxy

(1) 我

据此指定

(姓名、家庭住址及电话号码)

作为我的医疗护理代理人，除非我另作声明，其将为我做出任何及所有医疗护理决策。本委托书仅在我无法自行做出医疗护理决策时有效。

(2) 可选： 候补代理人

如果我指定的个人不能、不愿意或无法作为我的医疗护理代理人决策，我据此指定

(姓名、家庭住址及电话号码)

作为我的医疗护理代理人，除非我另作声明，其将为我做出任何及所有医疗护理决策。

(3) 除非我撤销委托书，或声明到期日期或将使其过期的条件之外，本委托书将无限期地保持有效。
(可选： 如果您希望本委托书有到期时间，可在此声明日期或条件。) 本委托书将在以下日期或情况下到期 (指定日期或条件)： _____

(4) 可选： 我指定我的医疗护理代理人根据他或她所知的或如下所述的我的愿望及限制条件进行医疗护理决策。(如果您希望限制您的代理人为您做出医疗护理决策的权限或给出具体指示，您可在此说明您的愿望或限制。) 我指定我的医疗护理代理人根据以下限制和/或指示做出医疗护理决策 (根据需要附加额外页面)： _____

为了您的代理人能够为您就人工营养和流体喂养 (通过鼻饲管和脉注射供应营养和水)做出医疗护理决策，您的代理人必须合理地知道您的愿望。您也可告诉代理人自己的愿望是什么或者在本章节说明愿望。如果您选择在本表上说明自己的愿望 (包括有关人工营养和流体喂养的愿望)，请参见您可用的示例语言的说明。

(5) 您的身份 (请用正楷填写)

您的姓名 _____

您的签名 _____ 日期 _____

您的地址 _____

(6) 可选：器官和/或组织捐赠

我据此做出解剖捐赠，在死后选择将以下部分捐赠：
(选中任何适用项)

任何需要的器官和/或组织

以下器官和/或组织 _____

限制条件 _____

如果您未在该表格上表达自己的愿望或者有关器官和/或组织捐赠的指示，这并不意味着您不希望进行捐赠或者禁止有人在法律允许的前提下代表您同意捐赠。

您的签名 _____ 日期 _____

(7) 见证人声明 (见证人必须年满 18 岁或以上，并且不能是医疗护理代理人或候补代理人。)

我声明，我亲自公证签署本文档的人心智健全并且出于自愿采取相应行为。他或她在我在场的情况下进行了签署（或者请求其他人代为签署）。

日期 _____

日期 _____

见证人 1 的姓名
(正楷填写) _____

见证人 2 的姓名
(正楷填写) _____

签名 _____

签名 _____

地址 _____

地址 _____

