



HEALTH CARE POWER OF ATTORNEY

本人, _____

出生日期: _____

指定: _____
代理人 (在我无法做出医疗护理决定时代我做决定之人) 姓名

_____ 地址

_____ 电话号码

_____ 电子邮件

作为我的医疗护理代理人, 在我无法自己做决定时代我做出健康和个人护理决定。如果上述人员因任何原因无法担任我的代理人, 我指定以下人员作为我的替补代理人:

_____ 替补代理人姓名

_____ 地址

_____ 电话号码

_____ 电子邮件

本医疗护理授权书将在我丧失行为能力时生效。我授予我的代理人以下权力:

1. 决定我是否入住医疗机构、护理疗养机构或类似机构, 以及从这类机构出院, 并与相关机构就我的护理事宜达成协议。
2. 授权、拒绝或撤回对任何及所有类型的医疗和外科手术、护理或治疗的同意, 包括但不限于插管、复苏以及通过人工或侵入性手段提供营养或水份供给支持。

我已与我的代理人讨论了我在医疗护理方面的意愿, 他/她将按照我所指示的行事。如果我的代理人无法确定我的具体意愿, 那么他/将根据他/她认为最符合我利益的方式做出决定。我撤销之前的任何医疗护理授权书。

在下方签名, 即表示我理解本文件, 并希望本文件具有法律约束力。

_____ 签名 _____ 日期/时间

_____ 见证人签名 _____ 日期/时间

_____ 见证人签名 _____ 日期/时间



Penn State Health 重视个人在医疗护理方面的自主决定权。任何年龄的个人都可能遭遇意外医疗状况，导致无法自主做出医疗护理决定。提前规划可确保获得自己想要的护理方式。而选择一个人代您做出医疗护理决定（即医疗护理代理人）则是这其中非常重要的一步。

什么是医疗护理授权书 (Health Care Power of Attorney, HCPOA)?

- HCPOA 文件用于指定在您无法做出医疗护理决定之时负责将您医疗护理决定告知临床医生的一名或多名可信之人。
- HCPOA 通常是《预立医疗指示》或《生前遗嘱》等文件的一部分。

我应该指定谁作为我的医疗护理代理人?

- 您的医疗护理代理人是您指定在您无法自主做出医疗护理决定时，代您做决定的人员。
- 您的医疗护理代理人可以是您认为能够代替您做重大决定的家人或好友。此人应清楚了解您的意愿，并同意承担为您做医疗护理决定的责任。请务必向 HCPOA 代理人告知其职责，这点至关重要。
- 您可以选择指定第二个人作为您的医疗护理替补代理人。当您指定的第一人选无能力、不愿意代您做出决定或无法联系时，替补医疗护理代理人将接替其职责。
- 您不可指定参与您护理的医疗护理服务提供方作为您的代理人。
- 您不可指定医疗护理提供方的员工作为您的代理人，除非此人是不会为您提供医疗护理服务的亲属。

如果我因身体原因无法在授权书上签名，该怎么办?

- 如果无法签名，您可以特别指示另一个人代表您签名并注明日期。

谁可以作为医疗护理授权书文件的见证人?

本文件必须由两名年满 18 周岁的成年人见证，最好是您的家人或朋友。

- 见证人不能是您本人、您指定的医疗护理代理人、代表您签署文件的人（在您因身体原因无法签名的情况下）或参与您护理的医疗护理提供方。

医疗护理授权书何时生效?

- 在两名见证人在场见证的情况下，完成签名并注明日期后，仅当您无法自主做出医疗决定时，HCPOA 才会生效。

如果我已经有了《预立医疗指示》，该怎么办?

- 仅当您想将您的医疗护理代理人变更为与现有文件所指定之人不同的人时，才应填写本授权书。
- 本授权书将取代之前的任何医疗护理授权书文件。
- 如果您之前已设立《生前遗嘱》，则该《生前遗嘱》仍然有效。如果《生前遗嘱》中指定了 HCPOA，则本授权书仅取代该部分。

我已在见证人在场的情况下签署了授权书。现在我该做什么?

- 将文件原件保存在安全但方便取阅的地方。
- 向您接受护理的诊所和医院的医疗团队提供一份副本。
- 向您的医疗护理代理人和替补医疗护理代理人、家人以及任何可能参与您的医疗护理的人提供一份副本。
- 如果您希望更详细地表达您的选择，请告知您的医疗团队或咨询律师以获取法律选择方面的信息。

如果我想更改我的医疗护理授权书文件，该怎么办?

- 本文件可以撤销或更改。
- 如果您想更改文件，必须填写一份新文件，在原件上写上“撤销”并注明日期。
- 修改或填写新文件后，为拥有原件副本的每个人提供一份新文件的副本。
- 您可以咨询律师，与其讨论您的选择。

临床医生: 有关更多信息，请参见 Penn State Health 政策（包括《预立医疗指示指南》）。