

医疗护理委托书

指定您在纽约州境内的医疗护理代理人

如果您已失去自行决定的能力，纽约州Health Care Proxy Law（医疗护理委托法）允许您指定您信任的人——例如家人或密友——代您做出医疗护理决定。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行事。当您的病情发生变化时，您的代理人还能够决定如何根据您的意愿行事。医院、医生和其他医疗服务提供者将您的代理人所做出的决定视同于您本人所做出的决定并予以遵循。您可以向您选定的医疗护理代理人授予您认为适当的权利。您可以允许您的代理人代您做出所有医疗护理决定，或仅代您做出部分医疗护理决定。您还可以向您的代理人下达其必须遵守的指示。本表格也能够用于记录您捐赠器官及/或组织的意愿或指示。

关于医疗护理委托书表格

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. 除您在本表格中另行说明外，本表格授权您选择的代理人为您做出所有医疗护理决定，包括移除或提供生命维持治疗的决定。“医疗护理”是指用于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. 除您的代理人已以合理方式知晓您关于人工营养和水分补充（通过饲管和静脉注射供给营养和水）的意愿外，其不得代您拒绝或同意接受此类措施。
3. 如果您的医生确定您已无法自行做出医疗护理决定，您的代理人将开始为您做出决定。
4. 您可在本表格上写下您不愿接受的治疗类型和/或您希望确保获得的治疗示例。上述指示可用于限制代理人的决定权限。您的代理人在为您做决定时必须遵照您的指示。
5. 您填写本表格时无需律师在场。
6. 您可任意选择包括家人或密友在内的成年人（18 周岁或以上）作为您的代理人。如果您选择一名医生作为您的代理人，由于医生不能同时作为您的主治医生及代理人，因此其将必须在上述两个身份之间做出选择。此外，如果您是某医院、私人疗养院或心理卫生机构的患者或住院医师，如需指定该机构工作人员作为您的代理，则需符合特殊限制。请咨询该机构工作人员详细了解上述限制。
7. 在指定某人作为您的医疗护理代理人之前，可先同其就此事进行讨论并确认其是否愿意成为您的代理人。告知您所选择的人士，其将成为您医疗护理代理人。请和您的代理人就您医疗护理医院以及本表格进行讨论。请务必向您的代理人提供已签名副本。您的代理人不会因善意做出的决定而受到控告。
8. 如果您指定自己的配偶作为医疗护理代理人，且在之后二位已离婚或合法分居，根据法律规定，除您另行声明外，您的前配偶不得再继续作为您的代理人。如果您仍希望自己的前配偶继续作为代理人，可在本表格上予以说明并写下日期，或可另行填写新表格并在其中指定您的前配偶作为您的代理人。
9. 即使您已签署本表格，只要您具备相应能力，您仍有权自行做出医疗护理决定。如您反对接受某项治疗，则医护人员将不会为您提供或停止相应治疗，在此项上，您的代理人将无权反对。
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以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。没有人能强制要求您指定自己的医疗护理代理人。
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指示。

常见问题

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定，则必须由他人代您做出决定。医疗服务提供者通常希望从您的家人处获得指示。家人可表达他们认为您会就此具体治疗所表达的相关意愿。指定代理人使您可通过下述方式来掌控您的治疗方案：

- 允许您的代理人在您希望做出医疗护理决定时代您做出该决定；
- 选择您认为能够做出最佳决定的人为您做出医疗护理决定；
- 选择代理人以避免家人和/或亲密伴侣之间产生矛盾或困惑。

如果您的首选代理人无法为您做出决定，您还可以指定候补代理人替其行事。

哪些人能够成为医疗护理代理人？

任何年满 18 周岁或以上者均能够成为医疗护理代理人。经您指定作为您的代理人或候补代理人者不得以见证人身份在医疗护理委托书表格上签字。

怎样才能指定医疗护理代理人？

年满 18 周岁或以上且具完全行为能力的成年人可通过签署医疗护理委托书表格指定医疗护理代理人。您在指定代理人时无需律师或公证人到场，只需两名成年见证人即可。您的代理人不能作为见证人签字。您可以使用在此处打印的表格，但这并非强制要求。

我的医疗护理代理人什么时候可开始为我做出医疗护理决定？

如您的医师认定您已无法自行做出医疗护理决定后，您的医疗护理代理人可开始为您做出医疗护理决定。如您仍有能力自行做出医疗护理决定，您将始终有权自行决定。

我的医疗护理代理人能够做出哪些决定？

除您对您的医疗护理代理人权限有所限制外，您的代理人将可以做出您在有能力自行决定时可能做出的任何医疗护理决定。根据您的意愿和利益所在，您的代理人能够同意您接受治疗、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，如果您的代理人知晓您已口头说明或书面表达的意愿，则她或他只能做出人工营养和水分补充（通过饲管或静脉注射提供营养和水分）相关决定。医疗护理委托书表格并未授予您的代理人代您做出非医疗护理决定的权力，如财务决定。

我年轻且健康，为什么仍需指定医疗护理代理人呢？

即使您并非老年人或临终病人，指定医疗护理代理人仍不失为良策。即使是您临时无法自行做出医疗护理决定（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定。当您再次能够自行做出医疗护理决定时，您的医疗护理代理人便无权继续代您做出医疗护理决定。

我的医疗护理代理人将如何做出决定？

您的代理人必须遵循您的意愿以及您的道德和宗教信仰。您可以在您的医疗护理委托书表格上写下您的指示，或可与您的代理人就其进行简单的讨论。

常见问题，接上页

我的医疗护理代理人将如何获知我的意愿？

与您的医疗护理代理人就您的意愿进行开诚布公的讨论将使其能更好地为您的利益服务。如果您的代理人尚不知晓您的意愿或信仰，法律要求您的代理人在行事时以您的最大利益为出发点。由于这是您所指定的医疗护理代理人的主要职责，因此您应与该代理人一起就不同情况下您希望接受或拒绝的治疗类型进行讨论，例如：

- 如果您永久性昏迷，您是否想要开始/继续/停止生命维持治疗；
- 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/拒绝、继续或停止人工营养和水分补充，以及上述指令在哪些情况下适用。

我的医疗护理代理人是否能够否决我的意愿或此前的治疗指令？

不能。您的代理人有义务根据您的意愿做出决定。如果您已经清楚地表达了特殊意愿或下达了特殊治疗指令，除您的代理人善意认为您的意愿有所变化或您的意愿不适用于当时的情况外，其有义务在做出决定时遵循上述意愿或指示。

哪些人将对我的代理人有所关注？

法律规定，所有医院、疗养院、医生和其他医疗服务提供者向您的医疗护理代理人所提供的信息须与向您提供的信息一致，且须将您的代理人所做出的决定视同于您本人所做出的决定并予以遵循。如果医院或疗养院反对采用某些治疗方案（例如停止某些治疗），他们须尽可能在您入院前或入院时将此事告知您或您的代理人。

如果我的医疗护理代理人未能在必须做出决定时到场决定，该怎样处理？

如果您的医疗护理代理人未能在必须做出决定时到场决定，或该医疗护理代理人不能或不愿意做出决定，您可以指定候补代理人为您做出决定。否则，医疗服务提供者将根据您尚具备决定能力时所下达的指示为您做出医疗护理决定。在这种情况下，您写在医疗护理委托书表格上的任何指示均将为医疗服务提供者提供指导。

如果我改变想法，该如何处理？

您可以轻松取消您的医疗护理委托书、更换您所指定的医疗护理代理人或修改您在医疗护理委托书中写明的任何指令或限制。只需简单填写一份新表格。此外，您可以表明在某个指定日期到来或发生某些特定事件时，您的医疗护理委托书即行失效。否则，医疗护理委托书将无限期生效。如果您选择您的配偶作为您的医疗护理代理人或您的候补代理人，但您已与其离婚或合法分居，该任命将自动失效。如果您仍希望自己的前配偶继续作为您的代理人，可在本表格上予以说明并写下日期，或可另行填写新表格并在其中指定您的前配偶作为您的代理人。

我的医疗护理代理人是否将为代我做出的决定承担法律责任？

不会。您的医疗护理代理人无需对善意而代您做出的医疗护理决定负责。此外，由于其只是您的代理人，所以亦无需负责承担您的护理费用。

常见问题，接上页

医疗护理委托书是否与生前遗嘱相同？

不。生前遗嘱是提供具体医疗护理决定相关指示的文件。您可以在医疗护理委托书表格中写明此类指示。医疗护理委托书允许您选择您信任的人代您做出医疗护理决定。与生前遗嘱的不同之处在于，医疗护理委托书不要求您事先就可能出现的所有决定做出相应决定。相反，您的医疗护理代理人能够在医疗情况发生变化时对您的意愿做出解释，并能够做出您可能事先不知情但却必须做出的决定。

在签署医疗护理委托书表格后，我应将它保存在哪里？

向您的代理人、医师、律师以及您希望由其持有副本的其他家人或好友提供一份副本。在您的钱包或手提袋中保存一份副本或将其与其他重要文件保存在一起，但请勿保存在没人能够取得的地方，例如保险箱内。即使您因小手术住院或接受门诊手术，也应随身携带一份副本。

我可以用医疗护理委托书表达我捐赠器官和/或组织的意愿吗？

可以。您可在医疗护理委托书表格上选填器官及组织捐赠章节以表达您的捐赠意愿，请确保有两人在场见证您填写该章节。您可以规定您的器官和/或组织将被用于移植、研究或是教学目的。在委托书该章节中应注明您的上述意愿是否存在限制条件。**即使您未在医疗护理委托书表格中注明您的意愿和指示，也仍不意味着您不希望成为一名器官和/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和/或组织相关决定吗？

可以。自 2009 年 8 月 26 日起，您的医疗护理代理人已获得授权，可在您去世后做出与器官和/或组织捐赠相关的特定决定。您的医疗护理代理人须按您的医疗护理委托书表格中所示做出相应决定。

如果我当时未表达我的意愿，谁能够同意捐赠？

有关处理器官、眼睛和/或组织捐赠的医疗保健代理人（或“医疗保健代理”）、家庭成员和负责处理您遗体的人选，您的意愿至关重要。如果您尚未表明成为或不成为器官和/或组织已知捐赠者的意愿，纽约州法律可提供有权代表您同意器官、眼睛和/或组织捐赠的人员名单。人员按优先级排列如下：您的医疗保健代理人；您的配偶（如果您未合法分居）或您的同居伴侣；年满 18 周岁或以上的子女；您的父母；年满 18 周岁或以上的兄弟姐妹；成年孙子女；祖父母；您去世前法院指定的监护人；或任何其他授权处理您遗体的人员。

医疗护理委托书表格说明

第 (1) 项

写下您选定的代理人姓名、家庭地址和联系电话。

第 (2) 项

如果您希望指定候补代理人，可写下您选定的候补代理人姓名、家庭地址和联系电话。

第 (3) 项

除您已设定失效日期或失效条件外，您的医疗护理委托书将无限期保持有效。此章节为选填内容，仅在您希望自己的医疗护理委托书在特定日期失效时方需填写。

第 (4) 项

如果您对自己的代理人有特殊指示，可在此注明。此外，如果您希望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。如果您未对任何限制作出说明，您的代理人将能够代您做出任何医疗护理决定，包括同意或拒绝接受生命维持治疗的决定。

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就本人意愿进行了讨论，他们已了解我的一切意愿，其中包括人工营养和水分补充相关意愿。

如果您希望作出更为具体的说明，您可以注明：

如果我生命垂危，我希望/不希望接受下列治疗....

如果我昏迷或神志不清且毫无康复希望，我希望/不希望接受下列治疗：....

如果我脑部受损或患有脑部疾病，导致我无法辨识他人或说话，且我的身体状况毫无改善希望，我希望/不希望接受下列治疗：....

我已经同我的代理人就_____进行了讨论，并且我希望由我的代理人做出与上述措施相关的一切决定。

下方列出了您可能希望向您的代理人下达特殊指令的医疗方案示例。这并非完整清单：

- 人工呼吸
- 人工营养和水分补充（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
- 电击休克疗法
- 抗生素治疗
- 手术治疗
- 透析
- 移植
- 输血
- 流产
- 消毒

第 (5) 项

您必须签署本医疗护理委托书表格并注明日期。如果您无法亲自签名，可指定他人在您在场的情况下代您签署。请务必填上您的地址。

项目 (6)

您可在此表格上注明您的意愿或有关器官和/或组织捐赠的说明。按照纽约州法律，可代表您同意器官、眼睛和/或组织捐赠的个人的优先顺序如下：您指定的医疗保健代理人；您指定的处理您遗体的代理人；您的配偶（如果您未合法分居）或您的同居伴侣；年满 18 周岁或以上的子女；您的父母；年满 18 周岁或以上的兄弟姐妹；成年孙子女；祖父母；您去世前法院指定的监护人；或任何其他授权处理您遗体的人员。

第 (7) 项

两名年满 18 周岁或以上的见证人须在此医疗护理委托书表格上签名。您选定的代理人或候补代理人不得作为见证人签名。

医疗护理委托书

(1) 我, _____
在此指定 _____
(姓名、家庭住址及联系电话)

作为我的医疗护理代理人, 除我另作声明外, 其将为我做出任何及一切医疗护理决定。该委托书仅在我无法自行做出医疗护理决定时生效。

(2) 可选: 候补代理人

如果我指定的上述个人不能、不愿意或无法到场作为我的医疗护理代理人代我做出决定, 我在此指定 _____
(姓名、家庭住址及联系电话)

作为我的医疗护理代理人, 除我另作声明外, 其将为我做出任何及一切医疗护理决定。

(3) 除我撤销委托书或声明委托书失效日期或失效条件外, 此委托书将无限期地保持有效。(可选: 如果您希望设定此委托书的失效时间, 可在此注明该日期或失效条件。) 该委托书将在以下日期或出现以下情况时失效 (注明日期或条件):

(4) 可选: 我指定我的医疗护理代理人根据其所知的或如下所述的我的意愿及限制条件做出医疗护理决定。(如果您希望限制您的代理人为您做出医疗护理决定的权限或给出具体指示, 您可在本说明中说明您的意愿或限制。) 我指定我的医疗护理代理人根据以下限制和/或说明做出医疗护理决定 (可根据需要额外增加页数):

为了使您的代理人能够为您就人工营养和水分补充 (通过饲管和静脉注射供应营养和水) 做出医疗护理决定, 您的代理人必须以合理方式知晓您的愿望。您也可告知代理人您的意愿为何或在本节中注明您的意愿。如果您选择在此表上注明自己的意愿 (包括人工营养和水分补充相关意愿), 请参见您可使用的示例语言说明。

(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决定，在我去世后立即生效，并选择将以下部分捐赠：

(勾选任何适用项)

任何为他人所需的器官和/或组织

以下器官和/或组织 _____

限制 _____

即使您未在该表格上表达自己有关器官和/或组织捐赠的意愿或指示，也并不意味着您不希望进行捐赠或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 周岁或以上，并且不能同时作为医疗护理代理人或候补代理人。)

我声明，我本人熟识签署此文件者，其心智健全且出于自愿做出相应行为。其在我在场的情况下亲自签署（或者请求其他人代为签署）此文件。

见证人 1

日期 _____

姓名 (正楷填写) _____

签名 _____

地址 _____

见证人 2

日期 _____

姓名 (正楷填写) _____

签名 _____

地址 _____



Department
of Health