EMORY HEALTHCARE

GEORGIA ADVANCE DIRECTIVE FOR HEALTH CARE
CHINESE TRANSLATIONS
乔治亚州医疗保健预先指示

By/提供者：_____ Date of Birth/出生日期：_____

(Print Name) /(印刷体签名) (Month/Day/Year) /(月/日 / 年)

本医疗保健预先指示分为四部分：

PART ONE/第一部分 HEALTH CARE AGENT/医疗保健代理人。*本部分允许您指定某人，以便在您无法(或不愿)为自己做出医疗保健决定时为您做出医疗保健决定。您指定的人员被称为医疗保健代理人。您还可以让您的医疗保健代理人在您死后为您做决定，包括尸检、器官捐赠、遗体捐赠和遗体的最终处理。您应该和您的医疗保健代理人谈谈这个重要的角色。*

PART TWO/第二部分 TREATMENT PREFERENCES/治疗偏好。*本部分允许您说明您在患有绝症或处于永久性无意识状态时您的治疗偏好。第二部分只有在您无法表达您的治疗偏好时才会生效。在第二部分生效之前，我们将尽最大努力与您沟通，了解您的治疗偏好。您应该和您的家人和其他亲近的人谈谈您的治疗偏好。*

PART THREE/第三部分 GUARDIANSHIP/监护。*如有需要，本部分允许您指定一位监护人。*

PART FOUR/第四部分 EFFECTIVENESS AND SIGNATURES/有效性和签名。*这部分需要您和两位见证人的签名。如果您填写了本表格的任何其他部分，则必须完成第四部分。*

您可以填写上面列出的前三部分中任意一部分或全部内容。您必须填写本表格的第四部分，才能使此表格生效。

您应该将填妥的表格副本交给可能需要它的人员，例如您的医疗保健代理人、您的家人和您的医生。请将一份填妥的表格副本留存在家中容易找到的地方，以便在需要时使用。请定期检查已填妥的表格，确保根据您的偏好及时更新。如果您的偏好发生变更，请填写一份新的医疗保健预先指示。

此类医疗保健预先指示完全出于自愿使用。乔治亚州还可使用其他形式的医疗保健预先指示。

您可以随时撤销已填妥的表格。填妥的表格将取代您在填写表格之前填写的任何其他医疗保健预先指示、医疗保健持久授权书、医疗保健委托书或生前遗嘱。

PART ONE: HEALTH CARE AGENT/第一部分：医疗代理人

[即使没有填写第二部分，第一部分仍然有效。直接参与您的医疗保健服务的医生或医疗保健提供者不得作为您的医疗保健代理人。如果您已婚，并且您选择现任配偶作为您的医疗保健代理人，在您将来离婚或婚姻无效后，您的选择将失效。如果您尚未结婚，除非您选择的医疗保健代理人是您的新配偶，否则，您将来结婚后，您对医疗保健代理人的选择将失效。]

(1) HEALTH CARE AGENT/医疗保健代理人

我选择以下人员作为我的医疗保健代理人，以便为我做出医疗保健决定：

Name/姓名：_____

Address/地址：_____

Telephone/电话号码：_____

(Home, Work, and Mobile/家庭、工作和手机号码)

(2) BACK-UP HEALTH CARE AGENT/备用医疗保健代理人

*[**本部分为选填内容。**即使第一部分保留空白，本部分仍然有效。]*

如果无法在合理时间内联系到或无法通过合理努力找到我的医疗保健代理人，或者我的医疗保健代理人出于任何原因无法担任或不愿担任我的医疗保健代理人，我选择以下人员(按照名单中列出的顺序依次)作为我的备用医疗保健代理人：

Name/姓名：_____

Address/地址：_____

Telephone/电话号码：_____

(Home, Work, and Mobile/家庭、工作和手机号码)

Name/姓名：_____

Address/地址：_____

Telephone/电话号码：_____

(Home, Work, and Mobile/家庭、工作和手机号码)

(3) GENERAL POWERS OF HEALTH CARE AGENT/医疗保健代理人的一般权力

在我无法表达我的医疗保健决定或者我选择让我的医疗保健代理人来表达我的医疗保健决定时，我的医疗保健代理人将为我做出医疗保健决定。

我的医疗保健代理人将拥有与我同样的权力来做出任何医疗保健决定。我的医疗保健代理人的权限包括但不限于：

- 允许我在任何医院、特殊护理机构、安宁疗护机构或其他医疗保健机构或服务机构住院或出院；

- 请求、同意、拒绝或撤销任何类型的医疗保健；和
- 代表我与任何医疗保健机构或服务机构签订合同，并使我有义务支付这些服务的费用(并且，我的医疗保健代理人无需为我或其代表我签订的任何服务或护理承担经济责任)。

我的医疗保健代理人将作为我的个人代表处理所有与联邦或州法律(包括1996年《健康保险流通与责任法案》有关的医疗记录隐私事宜，并将对我的医疗记录拥有与我相同的访问权限，可将我的医疗记录内容披露给其他人，以用于我的持续医疗保健服务之目的。

如果救护人员规程允许乘客陪同，我的医疗保健代理人可与我一同乘坐救护车或空中救护车；如果医院、专业护理机构、临终关怀机构或其他医疗保健机构或服务机构的规则允许探视，在我入住这些设施时，我的医疗保健代理人可以亲自前来探望或向我询问情况。

我的医疗保健代理人可以提供本医疗保健预先指示的副本来代替原件，并且，该副本与原件具有相同的意义和效力。

我理解，根据乔治亚州法律：

- 我的医疗保健代理人可以拒绝担任我的医疗保健代理人；
- 如果法院发现我的医疗保健代理人行为不当，法院可以剥夺我的医疗保健代理人的权力；并且
- 我的医疗保健代理人无权针对精神外科手术、绝育手术、治疗或因精神或情感疾病、智力迟钝或成瘾疾病等非自愿住院等事宜为我做出医疗保健决定。

(4) GUIDANCE FOR HEALTH CARE AGENT/医疗保健代理人指南

在为我做出医疗保健决定时，我的医疗保健代理人应该考虑哪些行动符合我们过去的谈话、我在第二部分中表达的治疗偏好(如果我填写了第二部分)、我的宗教信仰和其他信仰和价值观、以及我过去处理医疗和其他重要问题的方式。如果依然不清楚我所希望做出的决定，我的医疗保健代理人应该为我做出其认为符合我最大利益的决定，并考虑到我目前的情况和治疗方案的好处、负担和风险。

(5) POWERS OF HEALTH CARE AGENT AFTER DEATH/医疗保健代理人在我身故后的权力

(A) AUTOPSY/尸检

除非我在下方通过首字母草签限制我的医疗保健代理人的权力，否则，我的医疗保健代理人将有权授权对我的身体进行尸检。

_____ (Initials/首字母草签) My health care agent will not have the power to authorize an autopsy of my body (unless an autopsy is required by law)./我的医疗保健代理人无权授权对我的身体进行尸检(除非法律要求进行尸检)。

(B) ORGAN DONATION AND DONATION OF BODY/器官捐赠和遗体捐赠

除非我在下方通过首字母草签限制我的医疗保健代理人的权力，我的医疗保健代理人将有权根据《乔治亚解剖赠予法》处置我的遗体的任何部分或全部，以用于医疗目的。

[草签您希望适用的每个声明。]

_____ (Initials/首字母草签) My health care agent will not have the power to make a disposition of my body for use in a medical study program./我的医疗保健代理人将无权处置我的遗体，以用于医学研究计划。

_____ (Initials/首字母草签) My health care agent will not have the power to donate any of my organs./我的医疗保健代理人将无权捐赠我的任何器官。

(C) FINAL DISPOSITION OF BODY/遗体的最终处置

除非我在下方草签确认，否则，我的医疗保健代理人将有权决定我的遗体的最终处置。

_____ (Initials/首字母草签) I want the following person to make decisions about the final disposition of my body/我希望由以下人员决定我的遗体的最终处置：

Name/姓名：_____

Address/地址：_____

Telephone/电话号码：_____

(Home, Work, and Mobile/家庭、工作和手机号码)

我希望选择的遗体处置方式：

_____ (Initials/首字母草签) Buried/土葬

或

_____ (Initials/首字母草签) Cremated/火葬

PART TWO: TREATMENT PREFERENCES/第二部分：治疗偏好

[第二部分仅在以下情况下生效：在作出合理和适当的努力与您沟通您的治疗偏好后，您仍无法表明您的治疗偏好。即使没有填写第一部分，第二部分仍然将生效。如果您在第一部分中没有选择医疗保健代理人，或者如果无法联系到您的医疗保健代理人，第二部分将向您的医生和其他医疗保健提供者表明您的治疗偏好。如果您在第一部分中选择了医疗保健代理人，您的医疗保健代理人将有权为您做出有关第二部分所涉及事项的所有医疗保健决定。您的医疗保健代理人将依据您的治疗偏好和第一部分第(4)节中所描述的其他因素做出决定。]

(6) CONDITIONS/条件

如我处于以下任何一种情况，第二部分将生效：

[草签您希望第二部分生效的每个条件。]

_____ (Initials/首字母草签) A terminal condition, which means I have an incurable or irreversible condition that will result in my death in a relatively short period of time./终末期疾病，意味着我患有无法治愈或无法逆转的疾病，将在相对较短的时间内死亡。

_____ (Initials/首字母草签) A state of permanent unconsciousness, which means I am in an incurable or irreversible condition in which I am not aware of myself or my environment and I show no behavioral response to my environment./永久性的无意识状态，意味着我处于一种无法治愈或无法逆转的状态，无法意识到自己或周围的环境，并且对周围环境没有任何行为反应。

我的病情将由我的主治医生和另一位医生根据目前公认的医疗标准进行个人检查后以书面形式确定。

(7) TREATMENT PREFERENCES/治疗偏好

[通过草签(A)、(B)或(C)选项表明您的治疗偏好。如果您选择(C)项，请在(C)项下面的一个或多个声明前使用首字母签字表明您的其他治疗偏好。您可以在下一节提供有关您的治疗偏好的附加说明。我们会为您提供舒适护理，包括缓解疼痛，但您可能也希望在下一节中说明您对缓解疼痛的具体偏好。]

如果我处于上述第(6)节中所述的任何情况，并且，在经过适当和合理的努力与我沟通治疗偏好后，我无法再表明我的治疗偏好，则：

(A) _____(Initials/首字母草签) Try to extend my life for as long as possible, using all medications, machines, or other medical procedures that in reasonable medical judgment could keep me alive./请使用所有药物、设备或其他在合理医学判断下可能让我存活的医疗程序，尽量延长我的生命。如果我不能通过口腔摄入营养或水，我希望通过管道或其他医疗手段摄入营养或水。

或

(B) _____(Initials/首字母草签) Allow my natural death to occur./让我自然死亡。我不希望接受任何在合理医学判断下可以维持我的生命、但无法治愈我的疾病的药物、器械或其他医疗手段。除非确实需要提供止痛药物，否则，我不希望通过管道或其他医疗手段来摄入营养或水。

或

(C) _____(Initials/首字母草签) I do not want any medications, machines, or other medical procedures that in reasonable medical judgment could keep me alive but cannot cure me, except as follows/我不希望接受任何在合理医学判断下可以维持我的生命、但无法治愈我的疾病的药物、器械或其他医疗手段，但以下情况除外：

[草签您希望适用于(C)项的每个声明。]

_____ (Initials/首字母草签) If I am unable to take nutrition by mouth, I want to receive nutrition by tube or other medical means./如果我不能通过口腔摄入营养，我希望通过管道或其他医疗手段摄入营养。

_____ (Initials/首字母草签) If I am unable to take fluids by mouth, I want to receive fluids by tube or other medical means./如果我不能通过口腔摄入水，我希望通过管道或其他医疗手段摄入水。

_____ (Initials/首字母草签) If I need assistance to breathe, I want to have a ventilator used./如果我需要辅助呼吸，我希望使用呼吸机。

_____ (Initials/首字母草签) If my heart or pulse has stopped, I want to have cardiopulmonary resuscitation (CPR) used./如果我的心脏或脉搏停止跳动，我希望使用心肺复苏术(CPR)。

(8) ADDITIONAL STATEMENTS/附加说明

[本部分为选填内容。*即使第一部分保留空白，本部分仍然有效。]本节可允许您表明额外的治疗偏好，为您的医疗保健代理人提供额外的指导(如果您在第一部分选择了医疗保健代理人)，或提供有关您的个人信息和医学治疗的宗教价值观。例如，您可能希望说明自己对于抗感染药物、手术、截肢、输血或肾透析等治疗方式的治疗偏好。考虑到在您无法再表达治疗偏好后，您无法预见可能发生的一切情况，您可能希望向您的医疗保健代理人(如果您已在第一部分中指定医疗保健代理人)提供关于您的治疗偏好的指导。您可能希望说明您对缓解疼痛的具体偏好。]*

_____

_____

_____

(9) IN CASE OF PREGNANCY/怀孕情况

[即使第一部分保留空白，本部分仍然有效。]

我理解，根据乔治亚州法律，如果我怀孕，除非胎儿不具备存活能力，且我在下面用首字母草签表明愿意执行第二部分的指示，否则，第二部分通常将不会产生任何效力。

_____ (Initials/首字母草签) I want PART TWO to be carried out if my fetus is not viable./如果我的胎儿不具备存活能力，我希望执行第二部分的指示。

PART THREE: GUARDIANSHIP/第三部分：监护

(10) GUARDIANSHIP/监护

*[**第三部分为选填部分。**即使第三部分保留空白，本医疗保健预先指示仍将有效。如法庭裁定必须指定一名监护人，并且，如果您希望指定一名人员作为您的监护人，请填写第三部份。如果法院认为您无法以负责任的方式做出有关自己的个人支持、安全或福利的重大决定，法院将为您指定一名监护人。如果法院认为指定由您提名的人员作为监护人将有利于您的最佳利益和福祉，法院将指定该人员作为监护人。如果您在第一部分选择了一名医疗保健代理人，您可以(但并非必须)提名同一人员作为您的监护人。如果您的医疗保健代理人和监护人不是同一个人，除非法院另有决定，否则，在为您做出医疗保健决定时您的医疗保健代理人将优先于您的监护人。]*

[请对(A)项或(B)项进行首字母草签，以表明您的偏好。如果您已填写第一部分，请仅选择(A)项。]

(A) _____ (Initials/首字母草签) I nominate the person serving as my health care agent under PART ONE to serve as my guardian./我提名在第一部分中担任我的医疗保健代理人的人员担任我的监护人。

或

(B) _____(Initials/首字母草签) I nominate the following person to serve as my guardian/我提名以下人员担任我的监护人：

Name/姓名：_____

Address/地址：_____

Telephone/电话号码：_____

(Home, Work, and Mobile/家庭、工作和手机号码)

PART FOUR: EFFECTIVENESS AND SIGNATURES/第四部分：有效性和签名

仅在我无法或不愿自行做出或传达我的医疗决定，这份医疗保健预先指示才会生效。

本表格将撤销我在此日期之前所签署的任何医疗保健预先指示、医疗保健持久授权书、医疗保健委托书或生前遗嘱。

除非我已在下方草签，并提供替代的未来日期或事件，否则，本医疗保健预先指示将在我签署之时生效，并将一直保持有效直至我死亡(以及在第一部分第(5)条授权的范围内在我死亡后生效)。

_____ (Initials/首字母签字)本医疗保健预先指示将会在 _____ 生效，并保持有效直至 _____。

您必须在两名见证人见证的情况下签署本表格并注明日期、或确认签署本表格并注明日期。两名见证人必须精神健全，年满18岁，但在您签署此表格时，见证人不必在您身边或在现场。

A witness/见证人：

- *不能是您在第一部分选为您的医疗保健代理人或备用医疗保健代理人的人员；*
- *不能是可能继承您的任何东西或可能从您的死亡中获得经济利益的人员；或*
- *不能是直接参与您医疗保健服务的人员。*

只能有一名见证人是医院、专业护理机构、临终关怀机构或其他医疗保健机构的雇员、代理人或医务人员(但该见证人不能直接参与您的医疗保健服务)。

我在下方签名，即表明我在情感上和精神上都有能力做出这个医疗保健预先指示，并且我理解其目的和效果。

_____ _____
(Signature of Declarant/声明人签名) (Date/日期)

声明人在我面前签署此表格或确认签署此表格。根据我个人的观察，声明人明显在情感上和精神上都有能力作出这个医疗保健预先指示，并自愿签署此表格。

_____ _____
(Signature of First Witness/第一见证人签名) (Date/日期)
Print Name/印刷体签名：_____
Addresss/地址：_____

_____ _____
(Signature of Second Witness/第二见证人签名) (Date/日期)
Print Name/印刷体签名：_____
Address/地址：_____

[此表格无需公证。]