



本人 \_\_\_\_\_ 如果医生确定  
 首名 (First Name) 姓 (Last Name) 出生日期 (Date of Birth)

我无权做出明智的决定，则愿意并自愿告知我的意愿，如下所示：

**I. 我的代理人的任命和权力**

我特此任命： \_\_\_\_\_  
 主要代理人的姓名 (Name of Primary Agent) 电话号码 (Telephone Number) 城市/州 (City/State)

作为我的代理人并在此文件中被授权代表我做出医疗保健决定。如果主要代理人不合理，或者不能或不愿意充当我的代理人，那么我将任命以下人员作为备份代理人（等）：

\_\_\_\_\_ 备用代理（等）的名称 (Name of Back-up Agent(s)) 电话号码 (Telephone Number) 城市/州 (City/State)

仅在确定我无法做出明智决定的情况下，我的代理人才有权。我希望我的代理人在代表我做出医疗保健决定时按本文件中所述，或以其它方式知晓并遵循我的愿望和偏好。如果我的代理人无法确定我会为自己做出什么样的医疗保健选择，我希望我的代理人根据她/他认为符合我最大利益的事情做出选择。我代理人的权力应包括以下内容，但我已经删除的权力除外：

- A. 同意，拒绝或撤消对影响我的身体功能的任何类型的医疗保健，治疗，外科手术或诊断程序，药物，技术的使用或其他程序的同意，包括但不限于人工呼吸（呼吸机），人工营养（管饲）和水化（IV 液体），以及心肺复苏 (Cardiopulmonary Resuscitation (CPR))。
- B. 请求，接收和查看有关我的身体或精神健康的任何书面或口头信息，包括但不限于医疗和医院记录，并同意披露此信息。
- C. 雇用和解雇我的医疗保健提供者。
- D. 采取必要的法律行动来执行这些决定，包括授予医疗提供者责任免除。
- E. 我的代理人有权就丧葬安排做出决定，除非我在这里任命其他人：

\_\_\_\_\_ 名称 (Name) 电话号码 (Telephone Number) 城市/州 (City/State)

**II. 关于我的医疗保健的具体说明 或  我没有完成本节**

我了解这份文件，并愿意并自愿签署。我也了解，根据法律规定，我可以随时撤销全部或任何部分内容。我进一步了解，我可以随时通过为医疗保健制定新的预先医疗指示并将其副本提供给医疗保健提供者来更换我的医疗保健代理。

病人（签署）： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_  
 (Patient (signature)) (Date)

上面提到的人在我在场的情况下签署了此预先指示（需要两名成年证人）：

见证人（签署）： \_\_\_\_\_ （打印名）： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_  
 (Witness (signature)) (print name) (Date)

见证人（签署）： \_\_\_\_\_ （打印名）： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_  
 (Witness (signature)) (print name) (Date)

\_\_\_\_\_ 在此开始时，我选择不对我的护理做任何进一步的决定。如果我想对自己的护理做进一步的决定，请填写并在本页背面签名。

PATIENT IDENTIFICATION

If label is not available, please complete:

Patient Name: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_ Medical Record # \_\_\_\_\_

Gender:  Male  Female

**Inova**

**弗吉尼亚医疗保健预先指令**

Virginia Advance Directive for Health Care

IAH  IFH  IFOH  ILH  IMVH

**SIMPLIFIED MANDARIN**



III. 其他保健说明 或

我没有完成本节

1. 万一我的死亡迫在眉睫（非常接近），医疗将无法帮助我康复：

选择一个选项：

- 我不想接受治疗以延长寿命。这可能包括管饲，IV 液体，心肺复苏(Cardiopulmonary Resuscitation (CPR))，呼吸机/呼吸器（呼吸机），肾脏透析或抗生素。我了解我仍将接受治疗以减轻疼痛并使我感到舒适。（或）
- 我希望所有治疗方法都能在公认的医疗保健标准范围内尽可能延长我的寿命。我知道我将得到缓解疼痛和使我舒适的治疗。

2. 如果我的状况使我不了解自己或周围环境或无法与他人互动，并且可以肯定地确定我将永远不会恢复这种意识或能力：

选择一个选项：

- 我不想接受治疗以延长寿命。这可能包括管饲，IV 液体，心肺复苏(Cardiopulmonary Resuscitation (CPR))，呼吸机/呼吸器（呼吸机），肾脏透析或抗生素。我了解我仍将接受治疗以减轻疼痛并使我感到舒适。（或）
- 我希望所有治疗方法都能在公认的医疗保健标准范围内尽可能延长我的寿命。我知道我将得到缓解疼痛和使我舒适的治疗。（或）
- 我想尝试治疗一段时间，以期我的病情有所改善。我建议\_\_\_\_\_作为一段时间，如果我的病情没有改善，应停止此类治疗。确切的时间段由我的代理决定或与我的医生协商。我了解我仍将接受治疗以减轻疼痛并使我感到舒适。

IV. 额外的心理健康护理说明 或

我没有完成本节

您可以使用本节提供有关心理保健的其他说明。如果您未给出具体说明，则在法律允许的范围内，您的精神保健将基于您的价值观和愿望（如果知道）。

A. 我特别要求我在医学上适当的情况下接受以下精神保健：

B. 我特别要求不要接受以下精神保健服务：

C. 如果我无法自己做出决定，则本文档开头指定的我的代理人也可能会做出心理健康决定。  是 (Yes)  否 (No)

我了解这份文件，并愿意并自愿签署。我也了解，根据法律规定，我可以随时撤销全部或任何部分内容。我进一步了解，我可以随时通过为医疗保健制定新的预先医疗指示并将其副本提供给医疗保健提供者来更换我的医疗保健代理。

病人（签署）：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_
(Patient (signature)) (Date)

被任命的人在我在场的情况下签署了此预先医疗指示（需要两名成人证人）：

见证人（签署）：\_\_\_\_\_（打印名）：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_
(Witness (signature)) (print name) (Date)

见证人（签署）：\_\_\_\_\_（打印名）：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_
(Witness (signature)) (print name) (Date)

译员信息（由 Inova 员工完成，如果适用）：

Interpreter Information (To be completed by Inova staff, if applicable):

- In person  Telephonic  Video Interpreter name/ID number (if applicable) \_\_\_\_\_
- Patient/Designated Decision Maker was offered and refused interpreter  Waiver signed

PATIENT IDENTIFICATION

If label is not available, please complete:

Patient Name: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_ Medical Record # \_\_\_\_\_

Gender:  Male  Female

Inova

弗吉尼亚医疗保健预先指令

Virginia Advance Directive for Health Care

SIMPLIFIED MANDARIN

